Rapport annuel de gestion

2014-2015

Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

En Montérégie
l'union
fait la santé

Québec

Le *Rapport annuel de gestion 2014-2015* est le fruit d'un travail collectif des différentes directions de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, sous la coordination du Secrétariat général, direction des communications et des affaires corporatives.

PLANIFICATION ET COORDINATION
Christine Daniel

RÉDACTION
Marco Brochu

SECRÉTARIAT
Ariane De Leeuw

GRAPHISME
Z Communications

RÉFÉRENCE SUGGÉRÉE
Agence de la santé et des services sociaux (2015). *Rapport annuel de gestion 2014-2015*. Longueuil : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Ce document est disponible en version électronique sur le site Web, **www.santemonteregie.qc.ca**, sous l'onglet Documentation.

DÉPÔT LÉGAL
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015
Bibliothèque et Archives Canada, 2015
978-2-89342-694-5 (version imprimée)
978-2-89342-695-2 (version PDF)

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Ce document peut être reproduit ou téléchargé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à condition d'en mentionner la source.

MESSAGE DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

L'année 2014-2015 aura été marquée, à l'échelle provinciale, par l'adoption et l'entrée en vigueur de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. En conséquence, je signe aujourd'hui le dernier rapport annuel de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

J'aimerais profiter de cette occasion pour souligner le dévouement exemplaire des membres sortant du conseil d'administration de l'Agence :

- M^me^ Nicole Mongeon, présidente
- M. Philippe Bonneau, vice-président
- M. Paul-André Dorval, président du comité de vérification
- M^me^ Liette Brousseau, présidente du comité de vigilance et de la qualité
- D^r^ Patrick Bisson
- M^me^ Nathalie Chartrand
- M^me^ Louise Chartrand
- D^r^ Jean Desormeau
- M^me^ Lina Lauzier
- M. Luc Mathieu
- M^me^ Danielle Picotte
- M^me^ Josée Robillard
- M. Bruno Tremblay
- M. Michel Wong Kee Song

Je vous remercie au nom de la population montérégienne pour toutes ces années de travail et d'engagement.

À l'échelle régionale, des bons coups ont marqué l'année 2014-2015. Tout d'abord, en juin 2014, l'Agence a reçu la certification Milieu novateur décernée par le Conseil québécois d'agrément (CQA). Cette certification est venue confirmer la présence d'une culture de l'innovation au sein de l'Agence et du réseau montérégien.

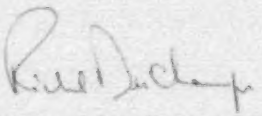
L'Agence n'est pas la seule à s'être distinguée en Montérégie. Plusieurs autres établissements ont reçu des distinctions et des prix : le CSSS du Suroît, le CSSS Haut-Richelieu–Rouville, le CSSS Champlain–Charles-Le Moyne, le CSSS de Vaudreuil-Soulanges, le CSSS Jardins-Roussillon, le CSSS du Haut-Saint-Laurent, le CSSS Richelieu-Yamaska et l'Institut Nazareth et Louis-Braille (voir page 16 du présent rapport).

Dans les prochains mois, les différents acteurs du réseau de la Montérégie travailleront à cette importante transformation déjà mise en branle et je suis convaincu que nos acquis régionaux assureront sa réussite.

Je tiens à remercier tout le personnel, les gestionnaires et les médecins du réseau de la santé et des services sociaux de la Montérégie de leur travail quotidien, de leur détermination à servir la population et de leur désir d'améliorer encore davantage les façons de faire.

Dans les années à venir, les défis auxquels le réseau de la santé et des services sociaux devra faire face restent grands. C'est en misant sur les forces de chacun que nous ferons de cette nouvelle aventure un succès.

Le président-directeur général,



Richard Deschamps

MESSAGE DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL I

ABRÉVIATIONS ET SIGLES VIII

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT DE GESTION DE L'AGENCE XI

RAPPORT DE LA DIRECTION XII

1. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE
   - 1.1 Mission 2
   - 1.2 Objet 2
   - 1.3 Territoire 3
   - 1.4 Structure de l'organisation 4
     - 1.4.1 Les comités et les commissions 5
     - 1.4.2 Les effectifs de l'Agence 5
   - 1.5 En soutien au réseau montérégien 7
     - 1.5.1 La gestion intégrée des connaissances 7
     - 1.5.2 Groupe biomédical de la Montérégie (GBM) 7
   - 1.6 Accès à l'information 9
     - 1.6.1 Délais de réponse 9
     - 1.6.2 Traitement des demandes d'accès 10
     - 1.6.3 Demandes de révision à la Commission d'accès à l'information (CAI) 10
     - 1.6.4 Procédure sur l'accès aux documents et la protection des renseignements personnels 10

2. LE RÉSEAU MONTÉRÉGIEN DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
   - 2.1 Les établissements 12
   - 2.2 Modifications apportées au réseau pendant l'exercice 13
   - 2.3 Les effectifs du réseau 13
     - 2.3.1 Effectifs des établissements 13

2.3.2 Médecins 13
2.4 Les cliniques médicales et GMF 15
2.5 Les organismes communautaires 15
2.6 Les résidences privées pour aînés (RPA) 16
2.7 Prix et distinctions 16

3. L'ÉTAT DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION DE LA MONTÉRÉGIE
3.1 En bref 20
3.1.1 Une population en croissance, mais tout de même vieillissante 20
3.1.2 Disparités socioéconomiques 21
3.1.3 L'espérance de vie progresse 21
3.1.4 La santé des nouveau-nés s'améliore 21
3.2 Santé physique 22
3.2.1 Les tumeurs, au premier rang des causes de décès 22
3.2.2 Les maladies de l'appareil circulatoire : un problème préoccupant en Montérégie 22
3.2.3 Les maladies de l'appareil respiratoire : responsables de plus d'une hospitalisation sur dix 22
3.2.4 Le diabète n'est pas en reste 23
3.2.5 Quelques facteurs de risque 23
3.2.6 Les maladies transmissibles : encore de belles batailles à livrer 23
3.3 Santé mentale ou psychosociale 24
3.4 Jeunesse 24

4. FAITS SAILLANTS
4.1 Enjeu 1 : La prévention et la réduction des inégalités 26
4.2 Enjeu 2 : Les services de première ligne 27
4.2.1 Services généraux 27
4.2.2 Clientèles ayant des besoins particuliers 28
4.2.3 Perte d'autonomie et vieillissement 29
4.2.4 Hébergement pour les personnes en perte d'autonomie 30

4.3 Enjeu 3 : La réduction des délais pour l'accès aux services 31
4.3.1 Les services aux personnes présentant une déficience 31
4.3.2 Les services de médecine et de chirurgie 31
4.3.3 Santé mentale 32
4.4 Enjeu 4 : La qualité et l'innovation 34
4.4.1 Innovation en perte d'autonomie et vieillissement 36
4.4.2 Qualité des soins et services 36
4.5 Enjeu 5 : L'attraction, la rétention et la contribution optimale du personnel 36
4.6 Enjeu 6 : Une gestion performante et imputable 38
4.7 Les projets d'optimisation 38
4.8 Accessibilité aux services 38

5. RÉSULTATS 2014-2015 : PLANIFICATION STRATÉGIQUE ET ENTENTE DE GESTION 42
5.1 Enjeu 1 : La prévention et la réduction des inégalités 45
5.2 Enjeu 2 : Les services de première ligne 46
5.3 Enjeu 3 : La réduction des délais pour l'accès aux services 54
5.4 Enjeu 4 : La qualité et l'innovation 63
5.5 Enjeu 5 : L'attraction, la rétention et la contribution optimale du personnel 64
5.6 Enjeu 6 : Une gestion performante et imputable 68

6. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 72
6.1 Organismes communautaires subventionnés par l'Agence 72
6.1.1 Allocation annuelle 72
6.1.2 Indexation 73
6.1.3 Itinérance – toxicomanie 73

7. L'UTILISATION DES RESSOURCES RÉGIONALES 76
7.1 Ressources financières 76
7.1.1 Budget régional 76
7.1.2 Objectif de retour à l'équilibre budgétaire (établissements publics) 76

7.1.3 Autorisations d'emprunts temporaires accordées aux établissements publics 76
7.1.4 Développement 2013-2014 (base annuelle) 77
7.2 Effectifs du réseau et ressources humaines 77
7.2.1 Planification de la main-d'œuvre et stratégies d'attraction 77
7.2.2 Développement des compétences (réseau) 78
7.2.3 Développement des compétences des cadres 79
7.2.4 Organisation du travail 80
7.2.5 Appels de projets des comités interrondes 80
7.2.6 Projet d'organisation du travail pour les pharmaciens d'établissements de santé 81
7.3 Immobilisation et équipements de technologie médicale 81
7.3.1 Les enveloppes régionalisées 81
7.3.2 Les projets de construction et d'acquisition d'équipement de plus de 500 000 $ 82
7.4 Ressources informationnelles réseau 84
7.4.1 Informatisation du réseau – DSQ – DCI – DMÉ 85
7.4.2 Regroupement des centres de traitement informatique (CTIR) 86
7.4.3 Maintien des actifs dédiés aux ressources informationnelles 86

8. SATISFACTION ET PLAINTES
8.1 La commissaire régionale de l'Agence 88

9. LES ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE
9.1 Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés 90
9.2 Les états financiers de l'Agence 92
9.3 Contrats de service comportant une dépense de 25 000 $ et plus 96

ANNEXES

Annexe I	Le conseil d'administration de l'Agence, conseils et comités	A-2
Annexe II	Budget net de fonctionnement des établissements, surplus (déficits)	A-9
Annexe III	Subventions détaillées aux organismes communautaires	A-11
Annexe IV	Code d'éthique et de déontologie	A-29
Annexe V	Notes aux états financiers - audités	A-34

LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET GRAPHIQUES

Tableau 1 Effectifs de l'Agence (30 mars 2015) 5
Tableau 2 Nombre de demandes d'accès 10
Tableau 3 Demandes de révision CAI 10
Tableau 4 Établissements de la Montérégie (31 mars 2015) 12
Tableau 5 Effectifs des établissements de la Montérégie (31 mars 2014) 13
Tableau 6 Répartition des médecins spécialistes par spécialité en Montérégie 14
Tableau 7 Montérégiens inscrits auprès d'un médecin de famille 15
Tableau 8 Répartition de la population par grand groupe d'âge, Montérégie, 2014 20
Tableau 9 Nombre de personnes âgées de 65 ans et plus et taux d'accroissement (%) selon le RLS, Montérégie, 2004 et 2014 20
Tableau 10 Allocations accordées aux organismes communautaires et autres OSBL 72
Tableau 11 Indexation et crédits accordés aux organismes communautaires 73
Tableau 12 Développement des compétences réseau – bilan statistique 2014-2015 79
Tableau 13 Enveloppes budgétaires 2014-2015 81
Tableau 14 Projets majeurs d'investissement 83
Tableau 15 Projets de construction régionalisés de plus de 1 M$ 94
Tableau 16 Projets d'acquisition d'équipements de plus de 500 000 $ 94

Figure 1 Organigramme de l'Agence (31 mars 2015) 4
Figure 2 Structure consultative régionale 6

Graphique 1 Nombre de demandes d'accès à l'information 9
Graphique 2 Nombre d'usagers suivis par les équipes de santé mentale de 1re ligne 34
Graphique 3 Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus ayant des troubles mentaux graves 35
Graphique 4 Nombre de places en services de suivi d'intensité variable pour des adultes de 18 ans et plus ayant des troubles mentaux graves 35
Graphique 5 Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2e ou de 3e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours 36

ABRÉVIATIONS ET SIGLES

AC	Accueil clinique
Agence	Agence de la santé et de services sociaux de la Montérégie
AMPRO	Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux
AQESSS	Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
AVC-AIT	Accident vasculaire cérébral-accident ischémique transitoire
BARRI	Bilan annuel des réalisations et bénéfices réalisés
CA	Conseil d'administration
CAFE	(Programme) Crise-Ado-Famille-Enfance
CAI	Commission d'accès à l'information
CCSM	Comité de coordination stratégique de la Montérégie
CERDM	Centre d'expertise en retraitement des dispositifs médicaux
CÉTED	Cliniques d'évaluation des troubles envahissants du développement
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CICM	Centre intégré de cancérologie de la Montérégie
CIR	Commission infirmière régionale
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CJM	Centre jeunesse de la Montérégie
CLSC	Centre local de services communautaires
CMR	Centre montérégien de réadaptation
CMuR	Commission multidisciplinaire régionale
CoMPAS	Collectif pour les meilleures pratiques et l'amélioration des soins de santé
CQA	Conseil québécois d'agrément
CRD	Centre de réadaptation en dépendance
CRDITEDME	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Montérégie-Est
CRETCD	Clinique régionale d'évaluation des troubles complexes du développement
CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CTI	Centres de traitement informatique
CTIR	Regroupement des centres de traitement informatique
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
DCI	Dossier clinique informatique
DI	Déficience intellectuelle
DMÉ	Dossier médical électronique
DMS	Durée moyenne de séjour
DP	Déficience physique
DRMG	Département régional de médecine générale
DSP	Direction de santé publique
DSQ	Dossier santé Québec
EG	Entente de gestion
EIJ	Équipes intervention jeunesse
ENAP	École nationale d'administration publique

EQSJS	Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire
ERV	Entérocoques résistants à la vancomycine
ESP	État de santé des projets
ETC	Équivalent temps complet
FQLI	Fédération québécoise du loisir en institution
GAIN	*Global Appraisal Individual Need*
GBM	Groupe Biomédical Montérégie
GMF	Groupes de médecine de famille
IAMEST	Infarctus du myocarde avec élévation du Segment ST
INLB	Institut Nazareth et Louis-Braille
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPS	Infirmière praticienne spécialisée en soins de 1re ligne
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
LEGG	Laboratoire d'expérimentation en gestion et en gouvernance de la santé et des services sociaux
LIM	Laboratoire d'imagerie médicale
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MASDT	Mécanisme d'accès aux services diagnostiques et thérapeutiques
MCV	Maladie cardiovasculaire
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MOI	Main-d'œuvre indépendante
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MVE	Maladie à virus Ebola
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OÉMC	Outil d'évaluation multiclientèle
OSBL	Organisme sans but lucratif
PAL	Plans d'action locaux
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PAR	Plan d'action régional
PARI	Programmation annuelle des projets et activités en ressources informationnelles
PGRI	Plan de gestion en ressources informationnelles
PMSD	Programme pour une maternité sans danger
PNSP	Programme national de santé publique
PPH	Processus de production du handicap
PQADMÉ	Programme québécois d'adoption des dossiers médicaux électroniques
PREM	Plan régional des effectifs médicaux
PS	Planification stratégique
PSIAS	Plan de service individualisé et d'allocation de service
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
PTPARI	Planification triennale des projets et activités en ressources informationnelles
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RCSSS	Réseau communautaire de santé et de services sociaux

RCM	Réseau Cancer Montérégie
RI	Ressource intermédiaire
RLS	Réseau local de services
RNIASSSS	Registre national des incidents/accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux
RPA	Résidence pour personnes âgées
RTF	Ressource de type familial
RUIS	Réseaux universitaires intégrés de santé
SAD	Soutien à domicile
SARDM	Système automatisé, robotisé de distribution des médicaments de la Montérégie
SIL	Systèmes informationnels de laboratoire
SIP	Système d'information de pharmacie
SISSS	Système d'information sur la sécurité des soins et des services
SIV	Suivi d'intensité variable
SRSOR	Les Services de Réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort
TED	Troubles envahissants du développement
TGC	Troubles graves du comportement
TRCDMS	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée
TS	Temps supplémentaire
TSA	Trouble du spectre de l'autisme
TTGC	Trouble très grave de comportement
UMF	Unité de médecine familiale
UTRF	Unité transitoire de récupération fonctionnelle
VIH	Virus d'immunodéficience humaine

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT ANNUEL DE L'AGENCE

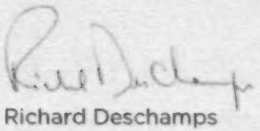
À titre de président-directeur général, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2014-2015 de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement ;
- présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats ;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2015.

Le président-directeur général,



Richard Deschamps

RAPPORT DE LA DIRECTION

Les états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration[1] surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière. Il rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et les approuve.

Les états financiers ont été audités par la firme Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l. dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l. peut, sans aucune restriction, rencontrer le conseil d'administration pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Richard Deschamps
Président-directeur général

Denise Bédard
Directrice ressources financières

[1] En vertu de l'article 195 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (chapitre O-7.2), le président-directeur général exerce tous les pouvoirs du conseil d'administration jusqu'au 30 septembre 2015 ou, selon la première de deux dates, jusqu'à ce que la majorité des membres soit nommé.

1. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE

1.1 Mission

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (Agence) a pour mission d'assurer la gouvernance du système de santé et de services sociaux de la région afin d'en améliorer la performance jusqu'à l'excellence et ainsi contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population dont elle est responsable.

L'Agence vise à devenir le chef de file de la transformation et de l'amélioration du système régional de santé et de services sociaux en misant sur :

- une perspective populationnelle de santé publique;
- une approche de programme intégré;
- une organisation en mode réseau.

Elle compte y arriver en mettant en valeur l'expertise de son personnel, tout en y associant activement des partenaires sectoriels et intersectoriels au bénéfice de la population montérégienne.

L'Agence souscrit aux valeurs de l'administration publique, soit la compétence, l'impartialité, l'intégrité, la loyauté et le respect. Sa charte des valeurs est centrée sur les besoins de la personne et de la population.

1.2 Objet

Conformément à l'article 340 de la Loi, l'Agence a pour objet :

1° d'assurer la participation de la population à la gestion du réseau public de services de santé et de services sociaux et d'assurer le respect des droits des usagers;

1.1° de s'assurer d'une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux aux usagers;

2° de faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de sa région;

3° d'élaborer le plan stratégique pluriannuel visé à l'article 346.1 et d'en assurer le suivi;

4° d'allouer les budgets destinés aux établissements, d'accorder les subventions aux organismes communautaires et d'attribuer les allocations financières aux ressources privées visées à l'article 454;

5° d'assurer la coordination des activités médicales particulières des médecins soumis à une entente visée à l'article 360 ou à l'article 361.1 ainsi que des activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences privées d'hébergement et organismes communautaires visés à l'article 454 et de favoriser leur collaboration avec les autres agents de développement de leur milieu;

5.1° d'assurer la coordination des services de sa région avec ceux offerts dans les régions avoisinantes et d'exercer, sur demande du Ministre, la coordination interrégionale;

6° de mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes;

7° d'assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition;

7.1° d'exercer les responsabilités qui lui sont confiées par la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (chapitre S-6.2);

7.2° d'évaluer les résultats de la mise en œuvre de son plan stratégique et d'assurer la reddition de comptes de sa gestion en fonction des cibles nationales et régionales et en vertu des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus;

7.3° de soutenir les établissements dans l'organisation des services et d'intervenir auprès de ceux-ci pour favoriser la conclusion d'ententes de services visant à répondre aux besoins de la population ou, à défaut d'entente et conformément à l'article 105.1, de préciser la contribution attendue de chacun des établissements;

7.4° de permettre, afin de faciliter la conclusion d'ententes visées au paragraphe 7.3°, l'utilisation de nombreux modèles d'ententes types;

7.5° de s'assurer que les mécanismes de référence et de coordination des services entre les établissements sont établis et fonctionnels;

7.6° de développer des outils d'information et de gestion pour les établissements de sa région et de les adapter aux particularités de ceux-ci;

7.7° de prévoir des modalités et de développer des mécanismes pour informer la population, la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services et pour connaître sa satisfaction en regard des résultats obtenus; elle doit rendre compte de l'application du présent paragraphe dans une section particulière de son rapport annuel de gestion;

7.8° de développer des mécanismes de protection des usagers et de promotion et de défense de leurs droits;

8° d'exécuter tout mandat que le Ministre lui confie.

1.3 Territoire

La Montérégie représente un territoire de plus de 11 000 km² caractérisé par le côtoiement de zones urbaines, semi-rurales et rurales.

La région desservie par l'Agence s'étend de Valleyfield à Sorel-Tracy, d'ouest en est, de Longueuil à la frontière américaine, du nord au sud, et de Longueuil à Sutton vers le sud-est. Elle comprend également L'Île-Perrot ainsi que le secteur qui va de Vaudreuil à la frontière ontarienne.

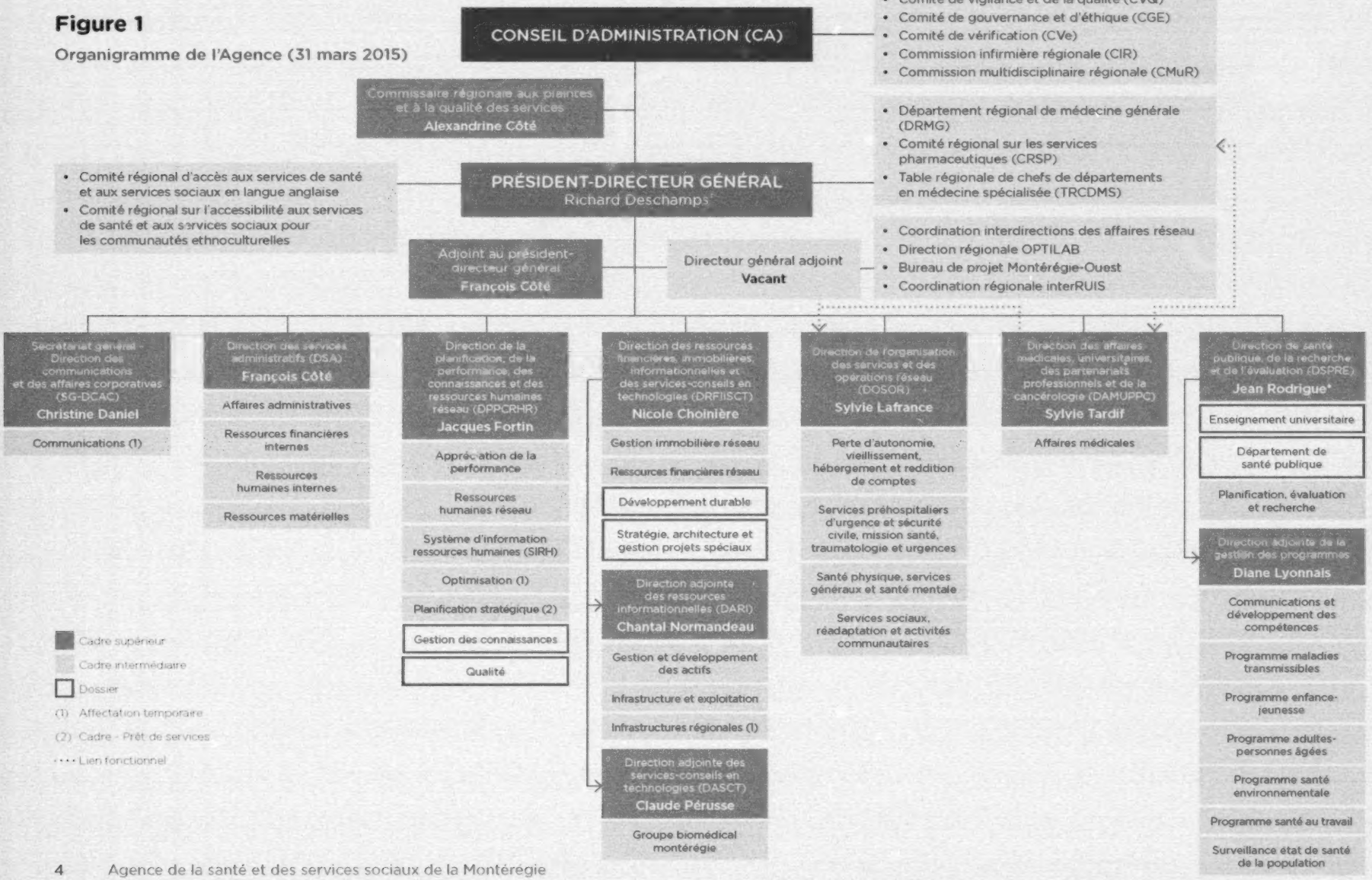
Elle compte aujourd'hui 177 municipalités, 14 municipalités régionales de comté (MRC), un territoire équivalent de MRC pour l'agglomération de Longueuil, et deux réserves autochtones : Akwesasne et Kahnawake.

En 2014, la population de la Montérégie s'élevait à 1 508 127 personnes.

1.4 Structure de l'organisation

Figure 1

Organigramme de l'Agence (31 mars 2015)



1.4.1 Les comités et les commissions

La structure organisationnelle de l'Agence s'appuie notamment sur un conseil d'administration, ses 3 comités internes : le comité de gouvernance et d'éthique, le comité de vérification et le comité de vigilance et de la qualité; et 7 comités régionaux : la Commission infirmière régionale, la Commission multidisciplinaire régionale, le Département de médecine générale, la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, le Comité régional sur les services pharmaceutiques, le Comité régional sur l'accessibilité des services de santé et des services sociaux aux personnes d'expression anglaise et le Comité régional sur l'accessibilité aux services de santé et aux services régionaux pour les communautés ethnoculturelles. Ces comités sont constitués de professionnels de la santé et des services sociaux ou de groupes spécifiques de la population. Enfin, une instance regroupe les directeurs généraux de tous les établissements de la Montérégie : le Comité de coordination stratégique de la Montérégie.

1.4.2 Les effectifs de l'Agence

À la fin de l'exercice 2014-2015, l'Agence comptait 349,1 employés équivalent temps complet (ETC), dont 35 cadres et 249 employés réguliers.

La cible fournie par le MSSS pour les heures rémunérées de janvier à mars 2015 (3 périodes financières, 6 périodes de paye) représente 151 881 heures rémunérées. Pour les mêmes périodes en 2015, le réel des heures rémunérées à l'Agence était de 148 044 heures.

Tableau 1

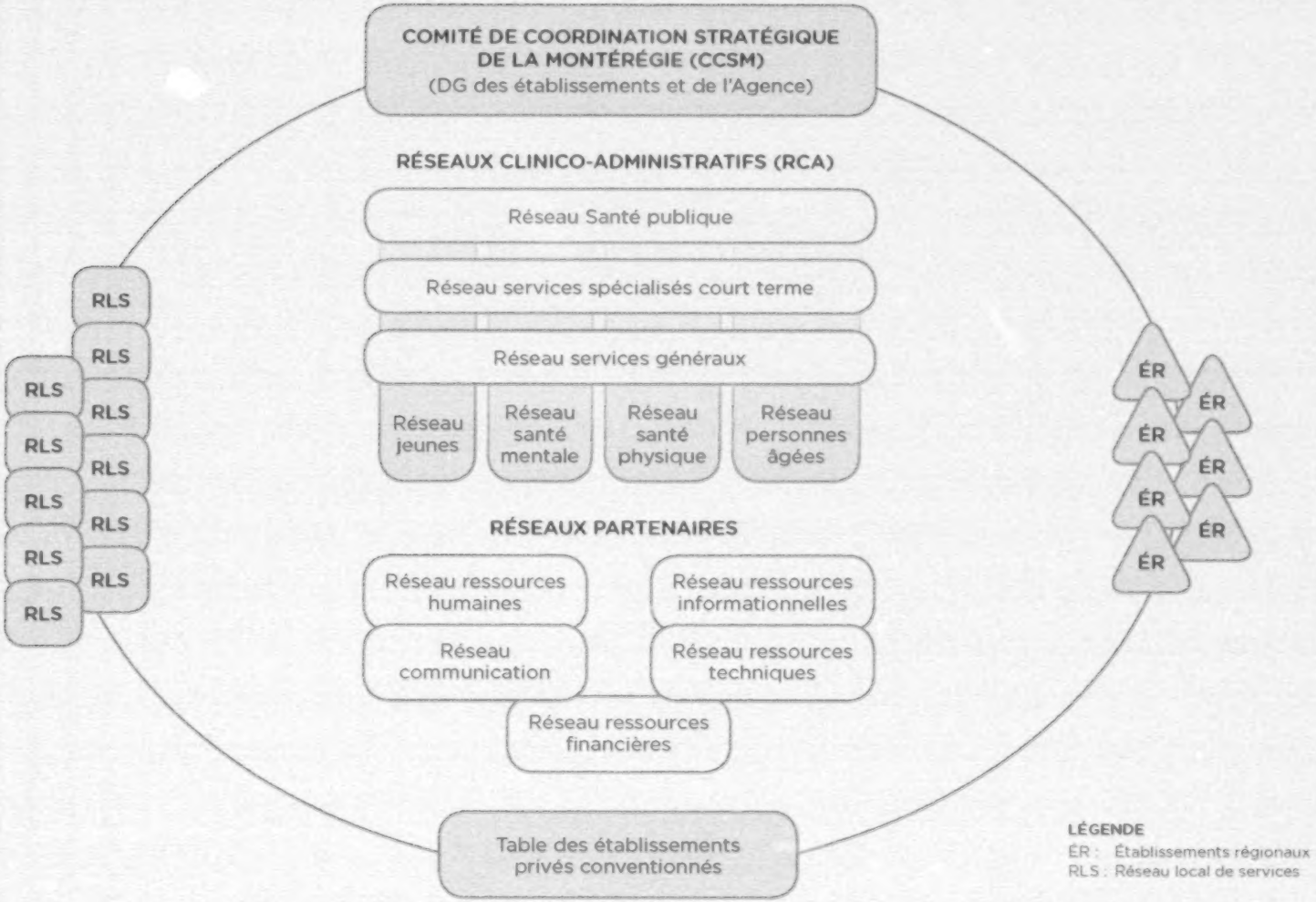
Effectifs de l'Agence (31 mars 2015)

	2014-2015	2013-2014
Cadres		
Temps complet, excluant les personnes en stabilité d'emploi	35	39
Temps partiel, excluant les personnes en stabilité d'emploi – nombre de personnes ETC	0,8	0
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	1	0
Employés réguliers		
Temps complet ETC, excluant les personnes en sécurité d'emploi	249	279
Temps partiel, excluant les personnes en sécurité d'emploi – nombre de personnes ETC	7,3	9,81
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
Occasionnels		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice*	102 312	110 796
Équivalent temps complet	56	60,87

* Le nombre d'heures rémunérées des occasionnels inclut les heures de remplacement des employés réguliers.

Figure 2

Structure consultative régionale



1.5 En soutien au réseau montérégien

1.5.1 La gestion intégrée des connaissances

L'Agence a pour mandat d'habiliter et de former les gestionnaires et cliniciens du réseau montérégien à la prise de décision. Pour y parvenir, elle réalise les activités suivantes :

- produire des analyses de performance et des outils d'aide à la décision devant soutenir les gestionnaires et les cliniciens du réseau montérégien;
- répertorier et diffuser les données probantes et les meilleures pratiques;
- favoriser la collaboration d'experts et le rapprochement entre les décideurs, les chercheurs et les experts;
- assurer la formation de plusieurs courtiers de connaissances dans le réseau de la santé et des services sociaux;
- développer des instruments informationnels et collaboratifs permettant d'accéder rapidement et efficacement à l'information et aux connaissances disponibles. Au cours de la dernière année, le Carrefour informationnel a été amélioré, permettant au réseau d'interroger les données populationnelles, de consommation et d'utilisation des services en Montérégie ainsi que des projections populationnelles;
- assurer l'intégration des suivis de la planification stratégique régionale et leur diffusion auprès des instances décisionnelles de l'Agence et du réseau;
- soutenir l'expérimentation et l'adoption de pratiques novatrices en matière de gestion et de gouvernance des services de santé et de services sociaux.

Sur ce dernier point par ailleurs, le Laboratoire d'expérimentation en gestion et en gouvernance (LEGG) a soutenu au cours de la dernière année 5 établissements qui ont terminé avec succès 4 projets novateurs.

Établissements	Résumé des nouvelles pratiques
CSSS La Pommeraie	Collaboration intersectorielle avec le milieu afin de rejoindre une clientèle très vulnérable
CSSS du Suroît	Programme d'orientation des candidates à l'exercice à la profession d'infirmière basé sur une approche intégrée, individualisée et multimédia
CSSS Pierre-Boucher et Centre montérégien de réadaptation (CMR)	La clé pour l'orientation des enfants de 0-4 ans présentant des indices de retard de développement sur le plan langagier et/ou moteur
CSSS Pierre-De Saurel	Innover tout au long de la trajectoire de soins des personnes âgées vulnérables en vue d'améliorer la prise en charge clinique

1.5.2 Groupe biomédical de la Montérégie (GBM)

Le GBM est une équipe multidisciplinaire d'experts-conseils œuvrant en technologies de la santé composée de 32 personnes, dont 28 conseillers professionnels. Il s'agit d'un service autofinancé au sein de l'Agence. GBM guide les intervenants du réseau de la santé du Québec dans leurs projets pour les aspects relatifs à la gestion et à l'utilisation sécuritaire des technologies biomédicales, informationnelles et immobilières. Ce groupe unique en son genre au Québec est divisé en six secteurs d'activités : acquisition des équipements médicaux, ingénierie et physique biomédicales, immobilisations et planification d'équipements, technologies de l'information, conseils en gestion ainsi que logistique hospitalière.

Cette année, le chiffre d'affaires du GBM a atteint (projection) 3 096 151 $ pour (projection) 32 622 heures facturées à plus de 91 clients répartis dans les 18 régions administratives du Québec. À ce total, s'ajoutent les efforts consentis à maintenir les programmes spécialisés du GBM que sont les alertes médicales et l'inventaire, les sessions de formation spécialisée, la planification de l'entretien

préventif et la sécurité électrique continue des équipements médicaux. Un programme de soutien aux gestionnaires, nommé *Groupe de Benchmarking Biomédical*, a atteint sa vitesse de croisière avec 23 établissements collaborateurs. Les membres du groupe témoin ont défini plusieurs indicateurs de performance de la gestion d'un service de génie biomédical qui sont maintenant disponibles à l'ensemble des établissements du Québec qui voudront bien se joindre au programme, et ainsi contribuer au développement de données probantes spécifiques au contexte québécois.

Ainsi, en 2014-2015, le GBM a :

- finalisé son offre de service intégrée et débuté la création d'une équipe d'experts en TI;
- réalisé un plan de marketing et *branding* incluant une nouvelle appellation de l'équipe qui sera mise en place en 2015;
- agi à titre d'expert-conseil dans la planification, l'acquisition et l'optimisation du parc d'équipements médicaux spécialisés;
- réalisé des achats regroupés nationaux en haute technologie pour des systèmes d'imagerie médicale, d'endoscopie et de plusieurs autres technologies électromédicales;
- fourni l'expertise aux fins de la mise en œuvre du projet OPTILAB en Montérégie pour optimiser ce secteur névralgique par la mise en commun des activités de plusieurs laboratoires de biologie médicale;
- soutenu les agences des Laurentides, de Laval et de Lanaudière dans l'élaboration du plan d'action commun relatif au projet OPTILAB dans ces trois régions;
- fourni un conseiller-résident en génie biomédical au CSSS du Sud de Lanaudière;
- soutenu le MSSS dans la gestion de l'inventaire des fournitures résiduelles à la suite de la pandémie de grippe H1N1 et de leur utilisation dans les établissements;
- fourni l'expertise au CSSS de Vaudreuil-Soulanges pour planifier et acquérir les équipements médicaux dans le cadre de l'ouverture de la nouvelle clinique médicale spécialisée;
- maintenu ses collaborations universitaires avec l'École Polytechnique de Montréal, l'École de technologie supérieure ainsi qu'avec l'Université de Technologie de Compiègne en France, notamment en accueillant des stagiaires en génie clinique et en offrant aux étudiants un atelier pratique spécialisé sur les règles d'acquisition des équipements médicaux;
- fourni des services de radioprotection et d'évaluation de blindage à l'ensemble de ses établissements clients;
- réalisé diverses enquêtes relatives à des incidents et accidents impliquant des équipements médicaux spécialisés et a agi à titre d'expert dans le cadre de litiges en responsabilité civile hospitalière impliquant le fait d'équipements médicaux;
- poursuivi les mandats autour du Système automatisé, robotisé de distribution des médicaments de la Montérégie (SARDM);
- réalisé les révisions générales des processus et implanté des programmes d'amélioration continue de la qualité en génie biomédical dans des établissements de tout le Québec, en conformité avec le programme *Qmentum* d'Agrément Canada;
- continué de soutenir les communautés Cris qui procèdent actuellement à la réforme de leurs institutions de santé en lien avec Santé Canada;
- collaboré activement au sein de l'équipe de consultants en technologie affectés à la conception, la planification et la réalisation du site Glen du Centre universitaire de santé McGill;
- soutenu l'Agence dans les projets en technologie de l'information, soit la préparation de l'architecture et de l'appel d'offres en vue de la centralisation des centres de traitement informatique (CTI), l'implantation du système d'information de pharmacie (SIP) régional et l'implantation d'un bureau de projet;

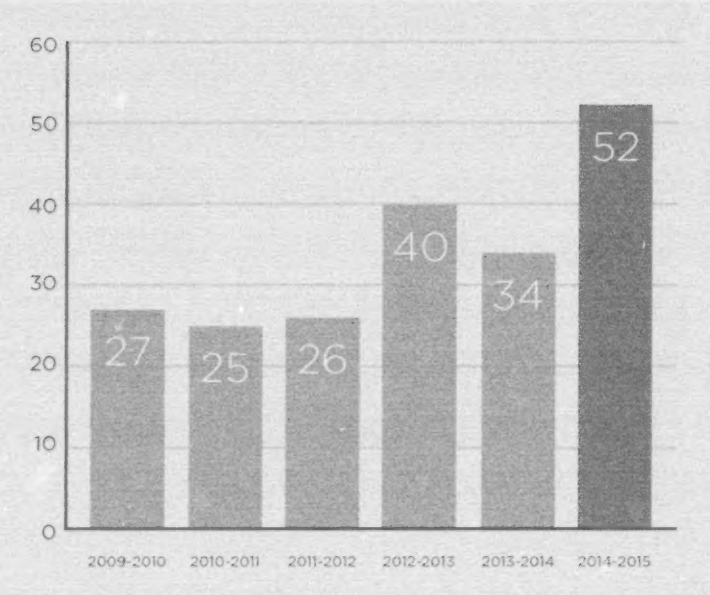
- piloté le déploiement et la mise en service des visualiseurs DSQ au sein des GMF, des cliniques médicales et des LIM de la Montérégie;
- animé le comité régional qui doit développer des scénarios pour le remplacement des systèmes informationnels de laboratoire (SIL) par un système régional commun;
- soutenu l'INSPQ dans diverses études et expertises au sein de l'équipe du CERDM;
- poursuivi son mandat de PCO pour le DSQ;
- soutenu significativement l'équipe de projet du nouveau CHUM en affectant quatre conseillers-résidents à l'équipe d'ingénieurs biomédicaux responsables de l'acquisition de l'ensemble des nouveaux équipements médicaux pour les nouvelles installations.

1.6 Accès à l'information

En 2014-2015, 52 demandes ont été traitées en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., chapitre A-2.1), comparativement à 33 en 2013-2014, soit une augmentation de 37 %.

Graphique 1

Nombre de demandes d'accès à l'information



1.6.1 Délais de réponse

Sur les 52 demandes, 49 ont été répondues dans les délais légaux, soit 94 % des demandes comparativement à 89 % en 2013-2014. Quant aux 3 autres demandes, les demandeurs ont accepté de prolonger le délai de réponse pour une partie des documents requérant une analyse plus poussée.

Tableau 2

Nombre de demandes d'accès traitées dans les délais légaux (31 mars 2015)

Délais légaux de réponse	Nombre de demandes	Délai moyen de réponse (jours)
20 jours et moins	41	14
20 à 30 jours	7	28
20 à 55 jours (avis au tiers)	1	54

1.6.2 Traitement des demandes d'accès

La plupart des demandes visaient plus d'un documents. En tout, la responsable de l'accès aux documents a transmis 301 documents (comparativement à 166 en 2013-2014).

1.6.3 Demandes de révision à la Commission d'accès à l'information (CAI)

Aucun recours en révision n'a été adressé à la CAI pour les demandes traitées au cours de cette dernière année.

Trois autres demandes de révision étaient actives auprès de la CAI. Le 4 février 2014, elles ont été regroupées puisqu'elles étaient présentées par le même demandeur et étaient reliées les unes aux autres. Ce recours sera entendu en mai 2015.

Tableau 3

Demandes de révision à la CAI

Année financière	2014-2015	2013-2014	2012-2013	2011-2012
Recours déposés à la CAI	0	0	3 regroupées en 1	1
Date de l'audience	-	-	En attente d'une convocation d'audience	30 janvier 2014
Jugement rendu	-	-	-	15 avril 2014

1.6.4 Procédure sur l'accès aux documents et la protection des renseignements personnels

La procédure sur la gestion des demandes d'accès et sur la protection des renseignements est en cours de révision.

2. LE RÉSEAU MONTÉRÉGIEN DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

2.1 Les établissements

Au 31 mars 2015, le réseau de la santé et des services sociaux montérégien comptait 39 établissements, dont 18 établissements publics, 10 établissements privés conventionnés, 7 établissements privés non conventionnés et 4 établissements en partenariat public-privé. Les 18 établissements publics incluent 11 CSSS et 7 établissements régionaux spécialisés (jeunesse, réadaptation).

Tableau 4

Établissements de la Montérégie (31 mars 2015)

Établissements publics
Centres de santé et de services sociaux (CSSS) (11)
1. CSSS Champlain—Charles-Le Moyne
2. CSSS de la Haute-Yamaska
3. CSSS du Suroît
4. CSSS du Haut-Saint-Laurent
5. CSSS Haut-Richelieu—Rouville
6. CSSS Jardins-Roussillon
7. CSSS La Pommeraie
8. CSSS Pierre-Boucher
9. CSSS Pierre-De Saurel
10. CSSS Richelieu-Yamaska
11. CSSS de Vaudreuil-Soulanges
Établissements régionaux spécialisés (7)
12. Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Montérégie-Est (CRDITEDME)
13. Centre jeunesse de la Montérégie (CJM)
14. Centre montérégien de réadaptation (CMR)
15. Institut Nazareth et Louis-Braille (INLB)
16. Les Services de Réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort (SRSOR)
17. Centre de réadaptation en dépendance Le Virage
18. Centre de réadaptation Foster

Établissements publics
Partenariat public-privé (4)
19. CHSLD de Granby
20. CHSLD de Saint-Lambert-sur-le-Golf inc.
21. CHSLD de Sainte-Catherine
22. CHSLD de Saint-Jean-sur-Richelieu
Établissements privés conventionnés (10)
23. Accueil du Rivage inc.
24. Centre d'accueil Marcelle-Ferron inc.
25. Centre d'hébergement Champlain Châteauguay
26. Centre d'hébergement Champlain Jean-Louis-Lapierre
27. Centre d'hébergement Champlain des Pommetiers
28. Centre hospitalier Kateri Memorial
29. CHSLD Vigi de Brossard
30. CHSLD Vigi de la Montérégie
31. Résidence Sorel-Tracy inc.
32. Santé Courville de Waterloo
Établissements privés non conventionnés (7)
33. Centre de soins de la Gare
34. IAKHIHSOHTHA Lodge
35. Maison des Aînées de St-Timothée inc.
36. Manoir Harwood (Le)
37. Manoir Soleil inc.
38. CHSLD Argyle
39. CHSLD Valeo inc.

2.2 Modifications apportées au réseau pendant l'exercice

Un nouveau CHSLD en partenariat public-privé

Au cours de la dernière année, l'offre d'hébergement régionale a été bonifiée de 66 places. En effet, le Centre d'hébergement et de soins de longue durée de Saint-Jean-sur-Richelieu (CSSS Haut-Richelieu–Rouville) a ouvert ses portes à l'été 2014. Rappelons que ce contrat en partenariat public-privé a pu être octroyé à la suite d'un rigoureux appel d'offres réalisé en 2011.

Nouveau permis octroyé au CHSLD Valeo inc.

Le Centre d'hébergement et de soins de longue durée Valeo inc., un CHSLD privé non conventionné, a reçu son permis à l'automne 2014.

Validation du permis du CHSLD Résidence Bourg-Joli

Le CHSLD Résidence Bourg-Joli détient un permis de CHSLD pour 24 places depuis 1997. Toutefois, ce permis n'a jamais été exploité par l'établissement. En effet, ce dernier a toujours accueilli une clientèle autonome et semi-autonome dans sa RPA-Résidence Bourg-Joli, et ce, selon les normes prévues à la certification des RPA. L'Agence a entrepris une démarche afin de valider si cet établissement dispose des ressources nécessaires et est en mesure de répondre aux exigences requises pour exploiter un centre d'hébergement.

2.3 Les effectifs du réseau

2.3.1 Effectifs des établissements

Au 31 mars 2014 (dernières données disponibles), le réseau montérégien pouvait compter sur 33 185 employés, dont 28,7 % faisait partie du personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires et 31 % du personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers.

Tableau 5

Effectifs des établissements de la Montérégie (31 mars 2014)

Catégories d'emploi	31 mars 2014	31 mars 2013
Personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires	9 519	9 176
Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	10 279	10 115
Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	7 569	7 425
Personnel de bureaux, techniciens et professionnels de l'administration	4 199	4 172
Personnel non visé par la Loi 30	192	185
Personnel d'encadrement	1 427	1 435
TOTAL	**33 185**	**32 508**

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, banque R-25 annuelle 2013-2014

2.3.2 Médecins

La région compte 2 455 médecins.

Médecins de famille

On compte 1 482 médecins omnipraticiens travaillant en cabinet privé, en clinique, dans un hôpital, en CLSC, en CHSLD ou en centre jeunesse, soit 57 de plus que l'année précédente, une augmentation de 4 %.

Médecins spécialistes

Par ailleurs, on retrouve 973 médecins spécialistes, ce qui correspond à 48 médecins spécialistes de plus que l'année précédente, soit une augmentation de 5 %. Une hausse a été constatée du côté de plusieurs spécialités, dont l'anatomo-pathologie, l'anesthésie-réanimation, la cardiologie, la chirurgie générale, la chirurgie vasculaire, la chirurgie orthopédique, la chirurgie plastique, l'endocrinologie, la gastroentérologie, l'hématologie, la médecine interne, la néphrologie, la neurologie, la neurochirurgie, l'obstétrique-gynécologie, l'ophtalmologie, l'otorhinolaryngologie, la pédiatrie, la pneumologie, la psychiatrie adulte, la santé communautaire et l'urologie. Seulement deux spécialités ont connu une baisse, soit la médecine d'urgence et la radio-oncologie.

Tableau 6

Répartition des médecins spécialistes par spécialité en Montérégie

Spécialités	2014-2015	2013-2014
Allergie et immunologie clinique	5	5
Anatomopathologie	26	23
Anesthésie-réanimation	76	73
Biochimie médicale	5	5
Cardiologie	38	36
Chirurgie cardiovasculaire thoracique	0	0
Chirurgie générale	63	61
Chirurgie vasculaire	5	4
Chirurgie thoracique	1	1
Chirurgie orthopédique	50	47
Chirurgie plastique	13	12
Dermatologie	6	6
Endocrinologie	8	7
Gastroentérologie	32	30
Gériatrie	2	2
Hématologie	30	27
Médecine interne	58	55
Médecine nucléaire	10	10
Médecine d'urgence	10	11
Microbiologie médicale	27	27
Néphrologie	24	20
Neurologie	29	28
Neurochirurgie	6	5
Obstétrique - gynécologie	61	54
Ophtalmologie	35	33
Otorhinolaryngologie	25	24
Pédiatrie	43	41
Physiatrie	7	7
Pneumologie	25	22
Psychiatrie adulte	102	101
Pédopsychiatrie	29	29
Radiologie diagnostique	66	66
Radio-oncologie	12	13
Rhumatologie	5	5
Santé communautaire	18	15
Urologie	21	20
TOTAL	**973**	**925**

Source : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Base de données Access – PREM en spécialité.

2.4 Les cliniques médicales et GMF

La Montérégie compte 230 cliniques médicales, dont 40 groupes de médecine de famille (GMF) et 5 cliniques-réseau (CR).

Le modèle d'organisation GMF est le mode de pratique prédominant au sein de plusieurs territoires de la Montérégie. La collaboration médecin-infirmière présente en GMF soutient le groupe de médecins dans la prise en charge et le suivi de la clientèle. Avec 40 GMF, la Montérégie figure parmi les régions qui en comptent le plus au Québec.

Par ailleurs, les 5 cliniques-réseau (CR), établies en Montérégie, viennent bonifier l'offre de service et ainsi, améliorer l'accès aux services médicaux de première ligne. Avec des heures d'ouverture étendues, elles offrent des services avec et sans rendez-vous à l'ensemble de la population nécessitant une consultation médicale, particulièrement aux personnes n'ayant pas de médecin de famille.

Tableau 7

Montérégiens inscrits auprès d'un médecin de famille

	Données 2014-2015 (1er mars 2015)	Données 2013-2014 (31 mars 2014)
Inscriptions en GMF	532 634	521 620
Inscriptions générales	439 895	433 852
TOTAL	972 529	955 472
Population montérégienne totale en 2014	1 500 922	1 500 922
% de la population inscrite	64,8 %	64 %

Au 1er mars 2015, 64,8 % de la population de la Montérégie était inscrite auprès d'un médecin de famille.

2.5 Les organismes communautaires

En 2014-2015, l'Agence a financé 451 organismes pour un total de 72 296 677 $. Ces organismes interviennent dans le cadre de diverses problématiques :

- perte d'autonomie liée au vieillissement;
- cancer;
- déficience intellectuelle;
- déficience physique;
- troubles envahissants du développement;
- déficiences multiples;
- santé physique;
- personnes démunies;
- alcoolisme;
- toxicomanie;
- dépendance;
- santé mentale;
- VIH-SIDA;
- contraception;
- allaitement;
- périnatalité;
- famille;
- femmes en difficulté;
- hommes en difficulté;
- agression à caractère sexuel.

L'Agence soutient également différents groupes dont :

- des centres d'action bénévole;
- des organismes de maintien à domicile;
- des maisons d'hébergement jeunesse;
- des maisons d'hébergement pour femmes en difficulté;
- des maisons de jeunes;
- des centres de femmes;
- des centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel;
- des organismes de justice alternative;
- des groupes représentant des communautés culturelles et autochtones.

Le détail des subventions accordées aux organismes communautaires est présenté à l'annexe III.

2.6 Les résidences privées pour aînés (RPA)

Les résidences privées pour aînés (RPA) sont des partenaires privés incontournables dans l'ensemble des services offerts aux personnes âgées. Au 31 mars 2015, on dénombrait 19 104 unités locatives réparties dans 303 RPA. Pour l'année 2014-2015, 85 RPA ont obtenu soit une attestation temporaire, soit un premier certificat ou un renouvellement de certification. Quelques-unes d'entre elles ont cessé leurs activités.

Cette année, en plus du soutien individuel pour nos exploitants et partenaires sur les critères et les normes du Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés (ci-après le Règlement), deux rencontres ont également eu lieu en octobre 2014 et en février 2015 afin d'aider les exploitants dont le certificat sera échu en 2015 dans leur processus du renouvellement. Nous avons aussi préparé et convié tous les exploitants en présence des corps policiers de leur municipalité pour expliquer le processus de la vérification des antécédents judiciaires. Il y a eu huit formations, soit du 13 janvier au 6 février 2015.

Par ailleurs, 70 visites ont été effectuées dans les RPA à la suite de signalements. Un suivi individuel a été offert aux exploitants de ces RPA afin qu'ils se conforment au Règlement.

2.7 Prix et distinctions

CSSS du Suroît

Madame Manon Rousse, coordonnatrice des ressources professionnelles et des centres d'enseignement au CSSS du Suroît, a remporté le Prix Travail étudiant 2014 lors de la cérémonie des Prix d'excellence de l'administration publique en novembre 2014. Étudiante à la maîtrise à l'École Nationale d'Administration publique (ENAP), elle s'est démarquée avec son projet « Le service social à l'Hôpital du Suroît : un mal nécessaire ou un pilier indispensable ? », qui traite de l'importance du rôle des travailleurs sociaux dans les pratiques de soins et de services.

CSSS Haut-Richelieu-Rouville

Le CSSS Haut-Richelieu-Rouville a remporté le prix Santé et services sociaux des 29e Prix d'excellence de l'administration publique du Québec (IAPQ) pour le projet *Ces voix oubliées*. Coup de cœur du jury, ce projet a dépassé tous les critères d'évaluation des projets en matière de retombées pour la clientèle, de transférabilité ou d'économies des frais en santé.

Madame Carole Prud'homme, chef des activités respiratoires du CSSS Haut-Richelieu-Rouville, a été la lauréate pour la Montérégie du Prix d'excellence 2014 décerné par l'Association des

gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux (AGESSS). Mme Prud'homme a su se distinguer par son investissement professionnel, un engagement qui rayonne dans son milieu de travail, mais qui profite aussi à l'ensemble de la société québécoise.

Madame Josée Gauthier, technicienne en loisirs au Centre d'hébergement Georges-Phaneuf du CSSS Haut-Richelieu–Rouville, a reçu le prix coup de cœur régional pour la Montérégie à l'occasion du Symposium – Journées annuelles de formation de la Fédération québécoise du loisir en institution (FQLI). Ce prix, remis par le conseil d'administration de chaque association régionale, vient souligner les quatorze années d'engagement de M^me^ Gauthier dans le regroupement, mais aussi le feu sacré qu'elle entretient pour son métier.

CSSS Champlain–Charles-Le Moyne

Le CSSS Champlain–Charles-Le Moyne a remporté le Prix d'excellence dans la catégorie « Personnalisation des soins et des services » pour la diversité des moyens de communication déployés afin de mieux répondre aux besoins des personnes atteintes de cancer. Les patients ont maintenant accès à une infirmière spécialisée le soir et les fins de semaine par le biais de la ligne téléphonique d'urgence Info-Onco, un service novateur qui contribue au maintien à domicile.

Des équipes du CSSS ont également reçu deux prix pour leurs pratiques exemplaires lors du congrès de la Direction québécoise de cancérologie. Le premier prix a été remis à l'équipe de coordination dédiée à sa clientèle pour l'accès aux médicaments. Un deuxième prix a récompensé l'approche d'intervention du centre de cancérologie auprès des enfants dont un parent est atteint de cancer.

CSSS de Vaudreuil-Soulanges

Le Réseau intégré de services en déficience intellectuelle (DI) et en troubles envahissants du développement (TED) de Vaudreuil-Soulanges a remporté le prix coup de cœur de la ministre déléguée à la Réadaptation, à la Protection de la Jeunesse et à la Santé publique. Ce réseau offre une gamme complète de soins et de services de qualité, notamment des services d'évaluations diagnostiques des TED ainsi que du soutien psychosocial et éducatif à l'usager et à sa famille. Ces services leur ont également permis de figurer parmi les bons coups de l'AQESSS.

CSSS Jardins-Roussillon

Une équipe de quatre experts en amélioration continue, Martin Dussault, Katia Gauthier, Claudine Lévesque et Jean-François Routhier, ainsi que leur directeur Sylvain Létourneau ont obtenu en octobre 2014 la certification *Green Belt*. L'équipe d'amélioration continue soutient, depuis deux ans et demi, des actions *Lean* de moyenne et grande envergure dans différentes directions du CSSS.

CSSS du Haut-Saint-Laurent

La clinique de transition mise sur pied par le CSSS du Haut-Saint-Laurent, dans le but de faciliter l'accès à des services de santé de qualité pour la clientèle n'ayant pas de médecin de famille, a été retenue par l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) dans le cadre de l'Opération Bons coups.

CSSS Richelieu-Yamaska

La docteure Diane Poirier, chef médicale à l'unité des soins intensifs de l'Hôpital Honoré-Mercier, a été honorée au gala des Prix cœur et action, organisé par le Groupe Santé des Éditions Rogers, éditeur de plusieurs publications dans le domaine de la santé. Ce prix est décerné à une infirmière, à un médecin ou à un pharmacien dont une partie significative du temps est dévolue à la mise à jour des connaissances de ses confrères ou collègues d'autres professions.

Le docteur Robert Patenaude a été quant à lui récipiendaire du prix d'humanisme 2014 remis par le Collège des médecins du Québec. Ce prix lui a été attribué pour sa contribution au financement de la recherche contre le cancer, une cause qu'il appuie depuis 25 ans.

Institut Nazareth et Louis-Braille

L'institut Nazareth et Louis-Braille (INLB) a été le premier établissement du Québec à terminer la phase 2 de sa certification Milieu Novateur décernée par le Conseil québécois d'agrément (CQA). Cette certification a été accordée suite au dépôt du projet innovant « VisExc-INLB ».

Agence

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie a reçu, en septembre 2014, la certification « Milieu novateur » du CQA. Cette désignation reconnaît publiquement le savoir-faire et les initiatives mises sur pied en matière d'innovation.

Par ailleurs, la campagne « Bien attaché » sur les sièges d'auto pour enfants menée par la direction de santé publique de la Montérégie et plusieurs partenaires a été primée en avril 2014 au concours Excellence Intersection, volet prévention-partenariat.

3. L'ÉTAT DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION DE LA MONTÉRÉGIE

L'état de santé de la population montérégienne s'est globalement amélioré au cours des dernières décennies, comme en témoigne la progression de l'espérance de vie. Toutefois, plusieurs problématiques demeurent préoccupantes.

3.1 En bref

En 2036, au Québec comme en Montérégie, une personne sur quatre (26 %) sera âgée de 65 ans et plus.

Les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire demeurent les principales causes de décès tandis que les maladies respiratoires et les maladies chroniques, dont les allergies et le diabète, constituent des fardeaux pour les services de santé. Des problèmes de santé mentale affectent une part importante des adultes et des problèmes psychosociaux persistent tant chez les jeunes que chez les adultes de la Montérégie.

En 2010-2011, environ un adulte sur quatre fume en Montérégie et cette proportion est plus élevée en Montérégie qu'au Québec (25 % c. 22 %). De plus, une importante partie de la population n'est pas suffisamment active dans les loisirs ou présente un surplus de poids.

La consolidation d'un ensemble d'interventions, tant cliniques que préventives, élaborée dans une perspective populationnelle est indispensable pour que la santé des Montérégiens continue de s'améliorer.

3.1.1 Une population en croissance, mais tout de même vieillissante

Selon les estimations de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), la population de la Montérégie s'est accrue de 12 % entre 2004 et 2014. Avec une population de 1 508 127 habitants en 2014, soit 18 % de la population québécoise, la Montérégie est la deuxième région sociosanitaire la plus populeuse du Québec, après Montréal.

Tableau 8

Répartition de la population par grand groupe d'âge, Montérégie, 2014

Jeunes moins de 18 ans	Adultes 18 à 64 ans	Personnes âgées 65 ans et plus
20 %	64 %	16 %

Le vieillissement de la population est un des défis majeurs auquel la région fait face. Entre 2014 et 2036, le poids démographique des personnes âgées de 65 ans et plus passera de 17 à 26 %. Ainsi, la population de la Montérégie sera comparable à celle du Québec, laquelle comptera aussi 26 % d'aînés en 2036. Toutefois, le rythme du vieillissement sera légèrement plus rapide en Montérégie qu'au Québec : la proportion d'aînés s'accroîtra de 58 % en Montérégie, comparativement à 52 % au Québec.

Le vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus. En Montérégie, le nombre d'aînés s'est accru de 54 % entre 2004 et 2014, passant de 162 097 à 250 417 personnes.

Tableau 9

Nombre de personnes âgées de 65 ans et plus et taux d'accroissement (%) selon le RLS, Montérégie, 2004 et 2014

Territoire	Nb de personnes de 65 ans et plus		Taux d'accroissement
	2004	2014	2004-2014
RLS du Haut-Saint-Laurent	3 601	4 766	32 %
RLS du Suroît	8 858	12 032	36 %
RLS de Jardins-Roussillon	18 948	28 904	53 %
RLS de Champlain	23 593	37 226	58 %
RLS Pierre-Boucher	26 314	41 661	58 %
RLS du Haut-Richelieu-Rouville	18 958	28 385	50 %

Territoire	Nb de personnes de 65 ans et plus		Taux d'accroissement
	2004	2014	2004-2014
RLS de Richelieu-Yamaska	24 078	37 323	55 %
RLS Pierre-De Saurel	8 336	11 995	44 %
RLS La Pommeraie	7 628	10 974	44 %
RLS de la Haute-Yamaska	10 857	17 875	65 %
RLS de Vaudreuil-Soulanges	10 926	19 276	76 %
TOTAL – Montérégie	**162 097**	**250 417**	**54 %**

3.1.2 Disparités socioéconomiques

En 2011, 19 % des adultes de 25 ans et plus ne détenaient aucun certificat, diplôme ou grade. En 2010, près de 122 600 personnes vivaient sous le seuil de faible revenu après impôt, soit 8 % des hommes et 9 % des femmes. En 2011, près de 14 % de la population de 15 ans et plus en ménage privé vivait seule, proportion qui grimpe à 27 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Ces chiffres cachent des disparités géographiques importantes : selon les RLS, ces proportions varient de 14 à 30 % pour la faible scolarité et de 6 à 12 % pour le faible revenu.

Depuis 2007-2008, le décrochage scolaire est à la baisse en Montérégie. De 22 % en 2007-2008, la proportion de sortants sans diplôme ni qualification est passée à 18 % en 2010-2011, soit une diminution de 18 %. Indépendamment de la période considérée, le décrochage scolaire touche deux fois plus de garçons que de filles. Heureusement, une part des décrocheurs réintègrent le réseau scolaire.

La Montérégie compte également un nombre important d'immigrants et d'anglophones. En 2011, les immigrants représentaient 8,5 % de la population, soit environ 121 100 personnes, ce qui fait de la Montérégie la troisième région d'accueil après Montréal et Laval. Par ailleurs, selon l'information portant sur la première langue officielle parlée, la population d'expression anglaise représentait environ 11 % de la population de la Montérégie en 2011.

3.1.3 L'espérance de vie progresse

Pour l'intervalle 2007-2011, l'espérance de vie à la naissance des Montérégiens s'élevait à 81,4 ans. Les femmes ont toujours une espérance de vie à la naissance supérieure à celle des hommes (83,4 ans contre 79,2 ans), quoique l'écart entre les sexes tende à s'amenuiser avec le temps. Les hommes de la Montérégie ont une espérance de vie à la naissance significativement plus longue que celle des hommes du Québec (78,9 ans).

3.1.4 La santé des nouveau-nés s'améliore

Entre 1985-1989 et 2007-2011, le taux de mortalité infantile a chuté de 39 % en Montérégie, passant de 6,4 à 3,9 décès pour 1 000 naissances vivantes, soit un taux significativement plus faible que celui du Québec (4,6 pour 1 000). La mortalité infantile est un indicateur qui mesure non seulement la santé infantile, mais également le niveau de mortalité, de l'état de santé et de prestation de soins de santé d'une population.

Entre 1987-1991 et 2007-2011, la proportion de nouveau-nés ayant un faible poids pour l'âge gestationnel a diminué de 35 %, passant de 12,5 à 8,1 %. Pour la période 2007-2011, la proportion de naissances de faible poids pour l'âge gestationnel est significativement inférieure à celle observée au Québec (8,4 %). La proportion de naissances prématurées s'élève à 7,2 % en 2007-2011. Depuis le début des années 1980, la proportion de bébés de faible poids pour l'âge gestationnel a diminué alors que la proportion de bébés prématurés a augmenté jusqu'en 2002-2006, puis diminué en 2007-2011.

3.2 Santé physique

3.2.1 Les tumeurs, au premier rang des causes de décès

Pour la période 2007-2011, 34 % des décès en Montérégie étaient attribuables aux tumeurs. Avec une moyenne de 3 282 décès par année, les tumeurs figurent au premier rang des causes de décès.

Depuis une vingtaine d'années, le nombre de nouveaux cas de cancer est à la hausse, en raison notamment de l'accroissement démographique et du vieillissement de la population. En Montérégie, le nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer est passé de 4 785 à 7 461 entre les périodes 1991-1995 et 2006-2010. Analysé sur une base annuelle, le taux d'incidence est relativement stable. Par ailleurs, en 2006-2010, le taux d'incidence du cancer de la prostate est significativement plus élevé en Montérégie qu'au Québec.

On compte 10 655 hospitalisations en 2013-2014 pour cause de tumeurs, ce qui représente près de 9 % de l'ensemble des hospitalisations en soins physiques de courte durée.

3.2.2 Les maladies de l'appareil circulatoire : un problème préoccupant en Montérégie

Au Québec comme en Montérégie, la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire a beaucoup diminué depuis quelques années; ces maladies sont passées au second rang parmi les principales causes de décès. Ainsi, en 2007-2011, 26 % de la mortalité, soit en moyenne 2 524 décès par année, est due à ces maladies. Cependant, en Montérégie, le taux de mortalité pour cette cause demeure supérieur à celui du Québec, et ce, depuis plusieurs décennies. Cette situation est en partie attribuable à un excès de mortalité par cardiopathies ischémiques en Montérégie.

En 2011-2012, environ 5 % des Montérégiens de 12 ans et plus vivant en ménage privé ont déclaré souffrir d'une maladie cardiaque, ce qui représente près de 65 500 personnes. Chez les Montérégiens de 65 ans et plus, cette proportion grimpe à 16 %.

Entre 2000-2001 et 2010-2011, le nombre de personnes âgées de 20 ans et plus atteintes d'hypertension artérielle est passé de 149 777 à 263 657 personnes, soit une augmentation de 76 %. Entre 2000-2001 et 2008-2009, la prévalence ajustée de l'hypertension artérielle a augmenté d'environ 32 % en Montérégie. Depuis 2007-2008, la prévalence ajustée est stable, se situant autour de 21 %. Depuis 2000-2001, la prévalence ajustée de l'hypertension artérielle est significativement plus élevée en Montérégie qu'au Québec. En 2010-2011, la prévalence brute de l'hypertension artérielle se chiffre à 24 % en Montérégie.

En 2013-2014, 14 % des hospitalisations des Montérégiens en soins physiques de courte durée – soit 16 936 hospitalisations – étaient attribuables aux maladies de l'appareil circulatoire. Elles sont non seulement l'une des principales causes de décès, mais également d'hospitalisations. Pour cette même période, le taux d'hospitalisations pour maladies de l'appareil circulatoire est significativement plus élevé en Montérégie qu'au Québec.

3.2.3 Les maladies de l'appareil respiratoire : responsables de plus d'une hospitalisation sur dix

En 2013-2014, les maladies de l'appareil respiratoire étaient responsables de 9,5 % de toutes les hospitalisations en soins physiques de courte durée, soit 11 389 hospitalisations. Environ 9 % des décès survenus en 2007-2011, soit 821 décès en moyenne par année, étaient attribuables à ces maladies. La Montérégie affiche un taux de mortalité et un taux d'hospitalisations significativement inférieurs à ceux du Québec.

En 2011-2012, environ 9 % des Montérégiens de 12 ans et plus vivant en ménage privé ont déclaré souffrir d'asthme et 4 % des Montérégiens de 35 ans et plus vivant en ménage privé ont déclaré souffrir de bronchite chronique, d'emphysème ou d'une maladie pulmonaire obstructive chronique, ce qui représente respectivement près de 111 700 et 32 800 personnes.

3.2.4 Le diabète n'est pas en reste

Le nombre de personnes de 20 ans et plus atteintes de diabète a presque doublé depuis 2000-2001, pour atteindre 97 353 personnes en 2010-2011.

Entre 2000-2001 et 2010-2011, la prévalence ajustée du diabète a augmenté d'environ 47 % en Montérégie. Fort heureusement, cette hausse de la prévalence ne s'accompagne pas d'une hausse de la mortalité due au diabète. Au contraire, depuis le début des années 2000, la mortalité ne cesse de diminuer chez les diabétiques. Cette baisse de la mortalité contribue d'ailleurs à l'augmentation de la prévalence du diabète.

Depuis 2007-2008, la prévalence ajustée du diabète est significativement plus élevée en Montérégie qu'au Québec.

En 2010-2011, la prévalence brute du diabète se chiffre à 8,8 % en Montérégie.

3.2.5 Quelques facteurs de risque

En 2010-2011, certains facteurs de risque sont bien présents chez les Montérégiens :

- environ le quart (25 %) des personnes de 12 ans et plus fait usage de la cigarette. Contrairement à la tendance observée au Québec, cette proportion semble avoir augmenté en Montérégie, passant de 22 % à 25 % entre 2005 et 2011-2012. Pour la première fois, la région se distingue par une proportion de fumeurs significativement plus élevée qu'au Québec (25 c. 22 %).
- à peine quatre adultes montérégiens sur dix (39 %) se disent actifs durant leurs loisirs. À l'opposé du spectre, environ le quart (26 %) des adultes Montérégiens sont sédentaires.
- chez les personnes de 12 ans et plus, près de la moitié (48 %) consomme des fruits et légumes moins de 5 fois par jour.
- un adulte montérégien sur deux (51 %) présente un surplus de poids en 2011-2012, soit environ 34 % de l'embonpoint et 18 % de l'obésité. La plus récente donnée à l'échelle des RLS provient d'une autre enquête (SOM) et date de 2009.

3.2.6 Les maladies transmissibles : encore de belles batailles à livrer

L'année 2014-2015 s'est démarquée par une saison grippale particulièrement sévère. La souche d'influenza A H3N2 prédominait, et cette souche présentait une dérive antigénique par rapport à la composante H3N2 incluse dans le vaccin, rendant l'efficacité vaccinale quasi-nulle contre cette souche. La circulation de la grippe a débuté tôt, avant les fêtes, pour atteindre son pic pendant la période des fêtes. Plus d'une soixantaine d'éclosions ont été répertoriées dans les milieux de soins.

Les éclosions de colonisations aux entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) ont dominé le portrait en matière d'infections nosocomiales, avec 30 éclosions déclarées en 2014-2015. La vigilance et la mobilisation à l'égard des pratiques de prévention et de contrôle des infections demeurent essentielles.

Le taux d'incidence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* continue d'augmenter et celui de la gonorrhée s'est considérablement accru. Ces infections affectent davantage les jeunes de 15 à 24 ans. Quant à la syphilis infectieuse, le taux d'incidence a légèrement diminué. Ces données démontrent la pertinence de poursuivre les actions concertées pour briser le cycle de transmission.

L'émergence de la maladie de Lyme en Montérégie s'est poursuivie en 2014. Les efforts devront être maintenus pour sensibiliser la population à l'importance d'appliquer les mesures de protection contre les piqûres de tiques et outiller les cliniciens pour diagnostiquer et traiter les personnes atteintes de cette maladie.

3.3 Santé mentale ou psychosociale

En 2011-2012, 12 % des Montérégiens souffrent d'un trouble mental, soit environ 168 000 personnes, dont plus de 26 000 jeunes de moins de 18 ans. Les troubles anxiodépressifs se taillent la part du lion, soit les deux tiers des personnes ayant reçu un diagnostic de trouble mental en Montérégie.

On estime aussi qu'en 2010-2011, 29 % des Montérégiens de 18 ans et plus éprouvent un stress quotidien élevé. En 2008, la proportion d'adultes qui se classent au niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique de Kessler est estimée à près de 23 %.

En 2013-2014, on dénombrait 7 519 hospitalisations pour troubles mentaux en soins physiques de courte durée.

En 2007-2011, le nombre annuel moyen de décès par suicide s'élevait à 179 en Montérégie. La mortalité par suicide, quoiqu'en baisse, est trois fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes (19 contre 6 décès pour 100 000). Depuis le début des années 1990, la Montérégie présente un taux de mortalité par suicide significativement inférieur à celui du Québec.

En 2012, au Québec et en Montérégie, près du quart des infractions contre la personne déclarées aux policiers ont été commises dans un contexte conjugal. Les femmes sont les victimes dans plus de quatre cas sur cinq. En 2012, le taux de victimisation pour violence conjugale était quatre fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes (372 contre 94 pour 100 000).

3.4 Jeunesse

En 2013-2014, le Centre jeunesse de la Montérégie a reçu 12 852 signalements, soit une augmentation de 73 % par rapport à 2002-2003. Le nombre de signalements retenus est aussi à la hausse pour se chiffrer à 4 817 en 2013-2014. Depuis 2007-2008, les abus physiques et la négligence constituent les deux principaux motifs de signalements retenus. Au nombre de 1 351, les nouvelles prises en charge représentaient 28 % des signalements retenus en 2013-2014.

En Montérégie, en 2012, le taux d'auteurs présumés d'infractions criminelles s'élevait à 4 735 pour 100 000 chez les jeunes de 12-17 ans. Ce taux s'avère deux fois plus élevé que celui des adultes (2 273 pour 100 000).

En Montérégie, en 2010-2012, le taux de grossesse chez les adolescentes se situait à 9,2 pour 1 000 jeunes filles de 14-17 ans, ce qui représente en moyenne 330 grossesses par année. Le taux de grossesse chez les adolescentes montérégiennes est significativement inférieur à celui observé au Québec.

4. FAITS SAILLANTS

4.1 Enjeu 1 : La prévention et la réduction des inégalités

Programme national de santé publique (PNSP)

Plusieurs professionnels et gestionnaires de la Direction de santé publique (DSP) ont été interpellés afin de contribuer à l'élaboration du *Programme national de santé publique 2015-2025* (PNSP). Ce dernier servira à la fois de cadre de référence pour la planification de l'action de santé publique et d'outil de communication.

Approche municipale intégrée

Les équipes en santé environnementale, en développement des communautés et en habitudes de vie saines et sécuritaires, en collaboration avec les équipes locales des CSSS, ont continué leurs travaux afin de soutenir et de coordonner les interventions de promotion-prévention auprès des acteurs municipaux. Ces efforts ont contribué à augmenter le nombre de collaborations entre le milieu de la santé et le milieu municipal.

Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS)

Les secteurs de surveillance et de promotion-prévention ont continué leur collaboration afin de traiter les données de l'EQSJS. Ces travaux ont permis la production de trois fascicules thématiques (la violence, la santé mentale, l'estime de soi, les compétences sociales et l'environnement social) et de portraits distincts pour chaque réseau local de services (RLS). Plusieurs autres retombées ont également été observées telles que la participation à différentes activités (colloques, conférences midi, présentations régionales et locales) et la rédaction de différents produits (*Périscope*, infolettre, articles et communiqués de presse).

Communications de la DSP

Différentes initiatives de communication ont été déployées pour favoriser l'atteinte des résultats du Plan d'action régional (PAR) et des Plans d'actions locaux (PAL) et pour actualiser les mandats légaux du directeur de santé publique. La DSP a donc élaboré un plan de communication en mettant en place des stratégies novatrices couvrant les différents domaines de la communication (relations médias, publications, Web et médias sociaux, campagnes, etc.). Au cours de la dernière année, plusieurs initiatives ont permis de maximiser la portée des interventions des différentes équipes de santé publique. Parmi celles-ci, on note la campagne Influenza, le microsite en prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) monprofilsexe.com, les fascicules portant sur l'enquête auprès des jeunes du secondaire et le déploiement des stratégies de communication sur la maladie de Lyme.

Maladies transmissibles

L'année 2014-2015 a vu l'implantation dans les centres locaux de services communautaires (CLSC) de la Montérégie d'un système d'information permettant d'alimenter le registre de vaccination du Québec. Les intervenants en vaccination des CLSC ont maintenant accès à l'historique vaccinal disponible dans ce système et doivent y saisir tous les nouveaux vaccins administrés. L'accès à ces données permettra de minimiser les occasions manquées de vaccination, d'éviter l'administration de doses de vaccins non nécessaires et d'agir rapidement en cas d'éclosions de maladies infectieuses évitables par la vaccination.

Malgré un risque faible d'apparition de cas de maladie à virus Ebola (MVE) au Québec, les hôpitaux de la Montérégie ont dû se préparer en vue de l'identification et la prise en charge initiale de cas suspects de MVE. Une mobilisation des acteurs du réseau s'est effectuée sous l'égide de la Direction de santé publique en collaboration avec les responsables en sécurité civile.

Santé au travail

Dans la foulée des travaux amorcés pour optimiser et rendre davantage équitable le *Programme pour une maternité sans danger* (PMSD), la Direction de santé publique et les CSSS mandataires en santé au travail ont procédé à la régionalisation du traitement des demandes PMSD. Des travaux pour choisir l'emplacement de la future équipe régionale pour le traitement des demandes PMSD ont été faits en 2014. L'équipe régionale PMSD est maintenant localisée au CSSS Jardins-Roussillon. Le transfert du traitement des 6 000 demandes annuelles PMSD a commencé en janvier 2015 pour se terminer en décembre 2015.

Enseignement universitaire

Les professionnels et médecins de la Direction de santé publique ont grandement contribué à l'enseignement universitaire; vingt-quatre groupes d'externes de l'Université de Sherbrooke (étudiants en médecine) ont effectué un stage d'un mois au sein des différents secteurs de la direction. De plus, onze médecins résidents de l'Université de Sherbrooke ont réalisé des stages pour compléter leur formation médicale spécialisée en santé publique et médecine préventive. Enfin, la DSP a également accueilli une stagiaire de l'Université de Montréal dans le cadre de la maîtrise en santé communautaire.

4.2 Enjeu 2 : Les services de première ligne

4.2.1 Services généraux

Services généraux de première ligne

La planification stratégique de l'Agence, *Partenaires pour l'amélioration*, mise notamment sur une 1re ligne forte et sur l'importance de travailler ensemble pour que la prise en charge devienne une priorité, une volonté commune et une concertation de tous les milieux.

L'organisation des soins dans chaque CSSS doit assurer aux clientèles une plus grande accessibilité aux services diagnostiques et aux services de médecine spécialisée. Cette organisation doit garantir une continuité des soins entre le médecin de famille et les ressources spécialisées, de même qu'une meilleure fluidité de l'information. De plus, le mode d'organisation en groupe de médecine de famille (GMF) ainsi que l'introduction des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) de 1re ligne sont des mesures visant à permettre un meilleur accès à la prise en charge et au suivi de la clientèle.

Info-Santé

Un plan d'action régional pour le service Info-Santé a été mis en œuvre afin d'améliorer les services, notamment en termes de recrutement du personnel. L'Agence et le CSSS Haut-Richelieu–Rouville ont mis en œuvre une série de mesures qui ont permis une amélioration des résultats. Ainsi en période 11, le pourcentage de perte d'appels a été de 13,8 % (cible du MSSS de 15 %) comparativement à 14,9 % l'an dernier. Aussi, le délai d'attente a été chiffré à 3,05 minutes cette année comparativement à 3,25 l'an passé (cible du MSSS : 4).

De plus, l'Agence a participé à un comité de travail provincial pour améliorer les services concernant la clientèle enregistrée.

Guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille

Afin de favoriser la prise en charge médicale des personnes sans médecin de famille, chaque CSSS a mis sur pied un guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille. La Montérégie compte donc 11 guichets d'accès pour 11 RLS. Les demandes sont priorisées selon l'état de santé du patient. Au 9 mars 2015, 75 161 personnes étaient en attente et 22 131 ont été référées à un médecin de famille entre le 1er avril 2014 et le 9 mars 2015, pour un total de 119 390 depuis l'ouverture des guichets en 2009.

Infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPS)

Nous poursuivons le déploiement des IPS en Montérégie à l'instar des autres régions du Québec. Le MSSS prévoit accorder à la Montérégie 94 postes d'ici 2018. Au 1er mars 2015, 40 IPS sont en poste dans la région.

Services spécialisés

Le plan quinquennal des effectifs médicaux spécialisés 2010-2015 prévoit l'arrivée de 247 nouveaux médecins spécialistes. Cet important ajout de forces vives au sein des établissements de la Montérégie favorisera un meilleur accès aux différents services spécialisés de proximité pour la population montérégienne.

Périnatalité – Services de sages-femmes en Montérégie

Depuis octobre 2012, une première maison de naissance a ouvert ses portes. Six sages-femmes sont en fonction et assurent le suivi de 250 patientes. En février 2015, le ministère a annoncé l'ajout de deux nouvelles sages-femmes aux effectifs en place.

4.2.2 Clientèles ayant des besoins particuliers

Jeunes en difficulté

Le programme *Je tisse des liens gagnants* a poursuivi son important déploiement en 2014-2015 grâce à l'engagement des 11 CSSS, du Centre jeunesse de la Montérégie et d'organismes communautaires. Ce programme nécessitant l'engagement de la communauté, plus de 1 600 intervenants et gestionnaires ont été sensibilisés au programme et à la contribution attendue auprès des familles depuis les débuts de son implantation. Au 31 mars 2015, le programme est déployé sur les 11 territoires de RLS de la Montérégie. Par la suite, des efforts devront être poursuivis pour le maintien des cinq volets et le respect de la conformité au programme.

L'indicateur mesurant le nombre de jeunes 0-17 ans vus en CSSS de même que l'intensité a été revu et se décline en 2014-2015 afin de permettre de distinguer le nombre d'enfants (0-17 ans) et de parents (18 ans et plus) ainsi que l'intensité des prestations tant pour les uns que pour les autres.

Du côté du Centre jeunesse de la Montérégie, lorsque l'on compare les données au 7 mars 2015 comparativement à la même date en 2014 (8 mars), on constate une diminution des signalements reçus de 2 % (243), mais une augmentation des signalements retenus de 1,1 % (52). Le taux de compromission, bien qu'il ait légèrement augmenté, demeure sous les 40 %.

Comme par le passé, l'accessibilité à des services de réadaptation avec hébergement est un enjeu de taille. Le taux d'occupation demeure l'un des taux les plus élevés au Québec.

Parmi les 16 centres jeunesse du Québec, celui de la Montérégie est celui qui dessert le plus grand bassin de jeunes de 0 à 17 ans.

Rappelons enfin que le Centre jeunesse a reçu son certificat d'agrément 2013-2017 qui reconnaît la qualité de ses services.

Santé mentale

Le développement des services de 1re ligne de santé mentale, amorcé depuis plusieurs années, s'est poursuivi en 2014-2015 par une consolidation des équipes et par une amélioration de l'efficacité du guichet d'accès qui a permis un meilleur accès aux services. À cet effet, plusieurs CSSS ont revu leurs modes de pratique, ce qui leur a permis d'améliorer la qualité de l'offre de service et d'atteindre leurs objectifs au cours de l'année 2014-2015. Deux ateliers pour bonifier l'offre de service ont été offerts en 2014-2015 pour les intervenants en santé mentale adulte de 1re ligne. Plusieurs visites de *coaching* et de soutien pour les équipes de suivi intensif, de suivi d'intensité variable et de 1re ligne ont été organisées par le Centre national d'excellence en santé mentale.

En 2014-2015, l'accès aux services de 1re ligne en santé mentale s'est grandement amélioré, avec une augmentation de 8,8 % du nombre d'usagers alors que le taux d'atteinte de l'engagement est de 111,2 %. Le nombre de places en suivi intensif a connu une hausse de 3,1 % et dépasse l'engagement (103,9 %), alors que le suivi d'intensité variable CSSS a enregistré 2,7 % d'augmentation et un taux d'atteinte de la cible de 104,4 %.

Dépendances

Au cours de l'année 2014-2015, le *Guide de saisie régional du cadre normatif I-CLSC – Programme-service Dépendances* a été adopté, ce qui favorise une entrée de données adéquate et uniforme concernant les services rendus en dépendances par les CSSS. Le déploiement du modèle d'évaluation GAIN (*Global Appraisal Individual Need*), qui permet d'optimiser le processus d'évaluation en dépendances en centre de réadaptation, est avancé. Les équipes de liaison en place aux CSSS Pierre-Boucher, Champlain-Charles-Le Moyne et Jardins-Rousillon, en lien avec le CRD Le Virage, sont toujours efficaces.

Par ailleurs, une nouvelle ressource d'hébergement en dépendance a été certifiée en Montérégie.

Service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux – Info-Social

Les efforts se poursuivent pour atteindre la cible de 90 % de réponses aux appels dans un délai de quatre minutes ou moins au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux. Les résultats obtenus en 2014-2015 se sont améliorés par rapport à ceux des années précédentes pour atteindre 83 % de réponse aux appels dans un délai de quatre minutes ou moins. Cela représente 92 % de l'atteinte de la cible du plan stratégique de 2015.

Réfugiés – une passerelle vers un avenir en santé

Les réfugiés, pris en charge par l'État ou parrainés, bénéficient maintenant d'une évaluation de leur état de bien-être et de leur état de santé physique à leur arrivée en Montérégie, en lien avec la poursuite de l'implantation des orientations ministérielles *Une passerelle vers un avenir en santé*. En effet, selon l'information reçue du ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion sur le nombre d'arrivées de réfugiés, les trois CSSS désignés, soit les CSSS Champlain-Charles-Le Moyne, Richelieu-Yamaska et de la Haute-Yamaska, ont reçu plus de 252 réfugiés parrainés et pris en charge par l'État.

4.2.3 Perte d'autonomie et vieillissement

Au 10 janvier 2015 (période 10), 24 209 personnes en perte d'autonomie ont reçu des services de soutien à domicile alors que le nombre moyen d'interventions par usager était de 30,78 interventions. De plus, les établissements de la Montérégie continuent à mettre en place le réseau de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie dans chaque territoire local. L'implantation de ce réseau contribue à offrir des services de soutien à domicile continus et de qualité aux usagers.

L'Agence a également fait un travail important pour appuyer et soutenir ses établissements dans la réalisation des activités liées au déploiement du soutien à l'autonomie. Des conférences téléphoniques hebdomadaires sont animées afin d'informer nos établissements, en cours de déploiement, des changements à apporter. Un chargé de projet soutient l'avancement de ce dossier permettant ainsi une coordination efficace des différents secteurs mobilisés dans ce projet.

Plus spécifiquement, l'exercice d'évaluation des besoins des usagers SAD (SAPA, DP, DITSA) avec l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC) a été atteint à 86,83 %, ce qui représente près de 14 362 usagers évalués, dont 60 % ont un plan de service individualisé et d'allocation des services (PSIAS) complété en date de décembre 2014. Afin de permettre aux intervenants d'utiliser le module du plan de PSIAS,

44 formatrices endogènes locales de la Montérégie ont été formées à son utilisation. Enfin, près de 3 986 usagers hébergés en CHSLD public ont eu une mise à jour de leur profil de besoins compris dans l'OÉMC.

Proches aidants

Au 31 décembre 2014, 31 familles ont bénéficié des services de répit et d'accompagnement du Baluchon Alzheimer. Pour cette même période, 337 jours de baluchonnage y ont été offerts alors que l'organisme n'offre que 339 jours annuellement. En 2014-2015, l'organisme a obtenu l'ajout de 70 jours de baluchonnage pour répondre à la demande croissante des besoins de services en Montérégie.

Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les aînés 2010-2015

L'année 2014-2015 a permis d'effectuer un exercice de priorisation pour chacune des trois tables sous-régionales de concertation en maltraitance. Cet exercice a visé à donner un projet commun de concertation tout en considérant le plan d'action régional sur la maltraitance de la Montérégie. De plus, l'élaboration du nouveau guide de référence provincial pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées nous a amenés à réaliser des activités d'appropriation pour son utilisation optimale auprès des formateurs locaux sur la maltraitance, des intervenants et des partenaires intersectoriels. Ce guide se veut un outil pour les soutenir dans leurs interventions souvent complexes. En juin 2015, plusieurs activités ont été réalisées par les différents partenaires intersectoriels pour souligner la journée mondiale de lutte contre la maltraitance des personnes âgées.

4.2.4 Hébergement pour les personnes en perte d'autonomie

Politique régionale des mécanismes d'accès à l'hébergement

L'Agence a mis en application les orientations du MSSS à la suite de l'adoption par ce dernier en février 2013 de balises concernant les profils retenus pour l'accessibilité en CHSLD. L'Agence s'est aussi dotée d'un mécanisme de suivi afin d'en assurer l'application.

Liste d'attente en centres d'hébergement et en ressources non institutionnelles

L'Agence assure le suivi de la mise à jour de sa liste d'attente en hébergement de façon continue. Chaque CSSS est sollicité afin de collaborer à la mise à jour des demandes d'hébergement.

Développement de lits de CHSLD

Le 29 août 2014, le CHSLD de Saint-Jean-sur-Richelieu en mode PPP, situé sur le territoire du CSSS Haut-Richelieu–Rouville, a ouvert ses portes; 66 places d'hébergement se sont ajoutées dans ce secteur.

Développement de places en ressources alternatives à l'hébergement institutionnel et en récupération fonctionnelle

- L'Agence a financé temporairement l'ajout de 17 places supplémentaires en ressources intermédiaires (RI) pour réduire l'engorgement de l'urgence du CSSS du Suroît;
- Dans le cadre du Plan de services intégrés pour les personnes âgées 2011-2013, le MSSS a consenti des investissements totalisant 33 925 000 $ en Montérégie. Ces investissements viennent soutenir la planification stratégique de l'Agence en permettant de poursuivre les actions de développement de formules résidentielles et adaptées aux besoins des personnes âgées ayant des incapacités significatives et persistantes en Montérégie.

En 2014-2015, la mise en œuvre du plan a permis de développer 22 nouvelles places pour un total de 879 places permanentes en alternative à l'hébergement institutionnel. Ces places sont destinées majoritairement à la clientèle : personnes âgées, mais aussi pour les clientèles adultes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou une problématique de santé mentale.

En 2015-2016, la Montérégie devrait compléter son plan avec l'ajout de 62 places de niveau RI.

Mise en application des ententes collectives ou nationales des ressources intermédiaires ou de type familial (RI-RTF) du Cadre de référence et développement d'un espace collaboratif

L'Agence et les établissements du réseau ont poursuivi l'application des ententes collectives ou nationales des ressources, notamment en débutant les formations identifiées par les parties. Sur le plan du nouveau Cadre de référence RI-RTF, l'Agence a soutenu les établissements afin de compléter les modifications requises à leur organisation administrative. Parallèlement à ces différents volets, l'Agence a développé un espace collaboratif RI-RTF permettant aux établissements d'avoir accès à toutes les informations requises dans ce dossier.

Unités transitoires de récupération fonctionnelle (UTRF)

L'UTRF offre des soins adaptés et services de réadaptation aux personnes âgées vulnérables qui, à la suite d'un épisode de soins aigus en milieu hospitalier, présentent des incapacités fonctionnelles qui compromettent leur retour sécuritaire à domicile.

La région compte 223 places en UTRF réparties dans dix installations. À la P11 2014-2015, 1 004 usagers furent desservis comparativement à 929 l'an passé.

4.3 Enjeu 3 : La réduction des délais pour l'accès aux services

4.3.1 Les services aux personnes présentant une déficience

Le « *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience* » demeure au cœur des priorités régionales en 2014-2015. Ainsi, les résultats des taux de respect des délais d'accès démontrent des améliorations pour l'année 2014-2015. On observe, encore cette année, une progression des résultats pour l'accès au premier service par rapport aux années précédentes, tant en déficience intellectuelle qu'en déficience physique.

Déficience physique

Sur le plan du programme-services Déficience physique :

- Poursuite des travaux visant la mesure du taux de conformité entre les trajectoires locales et la trajectoire régionale en vue d'identifier localement les zones d'améliorations dans l'offre de service locale, et ce, pour les quatre types de déficience (motrice, visuelle, auditive et du langage). Les travaux se sont terminés le 31 mars 2015 avec le dépôt des rapports par CSSS.
- Poursuite des travaux pour l'élaboration des trajectoires et offre de service pour les clientèles ayant subi un AVC-AIT.
- Amélioration des services résidentiels en déficience physique : suite à des allocations budgétaires ministérielles, des travaux dans le but de développer de nouvelles ressources d'hébergement pour des clientèles ayant une déficience physique ou d'améliorer ou consolider l'offre de service se sont poursuivis.
- Le projet pilote d'une ressource offrant des services à une clientèle ayant une déficience physique et un trouble très grave de comportement (TTGC) mis en place en 2013-2014 s'est poursuivi.

Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (TSA)

Les efforts consentis dans ce programme-services se sont concentrés vers :

- la consolidation des services à la clientèle DI-TED en CSSS, en plus de la poursuite des travaux de spécialisation des services en CRDITED;
- des travaux d'optimisation dans le but de réduire les délais d'accès pour les cliniques d'évaluation des troubles envahissants du développement (CÉTED) ainsi que pour la Clinique régionale d'évaluation des troubles complexes du développement (CRETCD);
- la poursuite des travaux d'actualisation du cadre de référence régional pour le développement d'un réseau intégré de services DI-TED, notamment sur le plan de la formation aux intervenants à l'approche « Processus de production du handicap » (PPH), pierre angulaire du Cadre régional.

D'autres travaux régionaux visent l'ensemble de la clientèle DI-TED et DP, notamment :

- la Table « Réseau intégré de services DI-TED et DP », à laquelle participaient tous les directeurs de programme DI-TED ou DP, visant l'amélioration des services dans le cadre du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience;
- la poursuite du déploiement de services d'activités de jour en CSSS en collaboration avec les organismes communautaires, et ce, pour la clientèle de 21 ans et plus;
- les travaux régionaux de déploiement du « Plan de service individualisé et Allocation de service » (PSIAS) pour la clientèle adulte présentant une déficience et ayant des besoins des services de soutien à domicile (SAD).
- La participation aux travaux ministériels sur la rédaction d'un cadre de référence provincial sur le Soutien à la famille.

4.3.2 Les services de médecine et de chirurgie

Mise en place du mécanisme d'accès aux services diagnostiques et thérapeutiques (MASDT)

Le mécanisme d'accès aux services diagnostiques et thérapeutiques (MASDT) a été mis en place dans les CSSS en mars 2014. Ces modalités permettent dorénavant un accès rapide à un prélèvement simple (selon une liste d'examens préétablie) ou une radiographie simple (pulmonaire ou des membres pour une fracture) prescrit par un médecin de GMF ou de CR à des personnes en situation clinique urgente. Si le service diagnostique est offert à l'hôpital, on leur évite de transiter par l'urgence, de passer par le triage puis une nouvelle évaluation clinique, dans le seul but d'obtenir les tests diagnostiques qui leur ont été prescrits.

L'accès à ces examens est offert durant des plages horaires étendues jusqu'à 20 heures la semaine et durant 4 heures les fins de semaine et les jours fériés. Les CSSS ont également convenu des mécanismes assurant la transmission rapide des résultats critiques au médecin requérant.

La coordination des urgences

Depuis le début de l'année financière, nous avons constaté une augmentation marquée du nombre de visites à l'urgence. Comparativement à la même période l'an passé, ce sont 10 783 visites de plus que nos établissements ont enregistrées cette année. Les résultats cumulatifs en P11 2014-2015 indiquent que les temps d'attente aux urgences se sont légèrement détériorés par rapport à 2013-2014. La proportion des séjours de 48 heures a elle aussi augmenté légèrement, atteignant 7,7 % comparativement à 7 % en 2013-2014. La DMS globale est elle aussi légèrement plus élevée qu'en 2013-2014, soit 19,5 h par rapport à 19,1 h.

Maladies chroniques

Afin de faire suite à la journée montérégienne de 2012, « Une première ligne toute tracée pour des générations en santé », l'Agence a organisé en novembre 2013 une demi-journée de réflexion en maladies chroniques portant principalement sur la mise en place du centre d'accompagnement et d'intervention en maladies chroniques (CAIMC). Il consiste à mettre en place des équipes de première ligne en maladies chroniques dans chaque CSSS.

À la suite de cet événement, plusieurs établissements ont mis en place une ou plusieurs équipes de première ligne en maladies chroniques (4/12). Des liens privilégiés ont également été établis entre ces équipes et les accueils cliniques dans plusieurs établissements. Certains patients « hauts consommateurs de l'urgence » ou ayant des besoins complexes sont suivis par des gestionnaires de cas ou des intervenants pivots; la télémédecine est également utilisée dans un CSSS pour les suivis des patients atteints de maladies chroniques.

Obstétrique

Un projet pilote entre plusieurs régions, dont la Montérégie et Montréal, est en cours pour préciser les critères et les modalités de transfert des femmes et des bébés entre les établissements proposant divers niveaux de soins.

Listes d'attente en chirurgie

En chirurgie (incluant l'oncologie), en respectant les délais médicalement requis,

- la hausse des demandes pour une arthroplastie totale de la hanche et pour une arthroplastie totale du genou se maintient depuis quelques années. Dans la majorité des établissements, elle dépasse largement la capacité pour ce type de chirurgie bien que la presque totalité de ces chirurgies soient réalisées en moins de 12 mois. Notons que plusieurs établissements de la région parviennent à répondre à la demande.
- Un suivi rigoureux des délais d'attente pour les 5 catégories de chirurgie est effectué tous les mois par l'Agence. Les efforts réalisés par les établissements ont permis de réduire considérablement le nombre de chirurgies réalisées dans un délai dépassant 12 mois.
- En chirurgie oncologique, bien que l'engagement 2014-2015 ne soit pas atteint, les établissements travaillent activement à prioriser ces chirurgies afin qu'elles soient réalisées le plus rapidement possible, en tenant compte des délais fixés. Nous constatons toutefois que ces chirurgies sont plutôt réalisées à l'intérieur du délai maximal de 56 jours. Durant la période, elles l'ont en effet été à 93 %.

Cancérologie

En 2014-2015, un document regroupant le programme régional et le plan d'action 2014-2017 en cancérologie a été adopté par le conseil d'administration et diffusé à travers le réseau régional. Le suivi opérationnel du plan d'action est assuré par le comité régional des chefs clinico-administratifs en cancérologie. Le Réseau de cancérologie de la Montérégie a continué d'assumer activement son *leadership* quant au déploiement des communautés de pratiques régionales, préconisé par le plan d'action de la Direction québécoise de cancérologie. Plusieurs régions consultent d'ailleurs les responsables des différentes communautés de pratique afin de s'inspirer de l'expertise régionale.

Du côté des soins, les services de radio-oncologie fonctionnent à pleine capacité, et comme pour l'année précédente, 100 % des patients ayant besoin de radiothérapie ont débuté leurs traitements en moins de 28 jours, dépassant ainsi la cible ministérielle. La réorganisation des cliniques de chimiothérapie pour offrir des rendez-vous en deux temps se poursuit, diminuant ainsi significativement les délais d'attente des patients lors d'une journée de rendez-vous. L'établissement de corridors de services formalisés et bidirectionnels pour la chirurgie du cancer du poumon et du cancer de l'œsophage sont en finalisation pour tous les établissements concernés.

Soins palliatifs

Le rehaussement des soins à domicile se poursuit, avec un dépassement prévu de la cible ministérielle régionale de près de 20 % en 2014-2015. La planification se poursuit également afin d'augmenter le nombre de lits dédiés en soins palliatifs. L'ouverture d'un centre de jour en soins palliatifs est prévue pour le printemps 2015. Les établissements ont débuté des travaux en vue de la mise en œuvre de la loi 2 sur les soins de fin de vie.

Biologie médicale – OPTILAB

Le projet provincial sur l'optimisation des laboratoires (OPTILAB) s'est poursuivi en travaillant sur les prérequis au projet comme le système d'information des laboratoires (SIL), le développement de la capacité de production du laboratoire serveur du CSSS Champlain-Charles-Le Moyne et le rapatriement des analyses réalisées hors de la région. La grappe de la Montérégie est composée des tous les laboratoires qui composent les nouveaux CISSS de la région. Le projet implique la mobilisation importante de tous les acteurs concernés et des rencontres de comités spécifiques ont été réalisées. De plus, une chargée de projet OPTILAB du centre régional a été nommée avec comme mandat le développement du laboratoire serveur ainsi que le rôle d'experte-conseil pour le SIL et l'organisation des laboratoires.

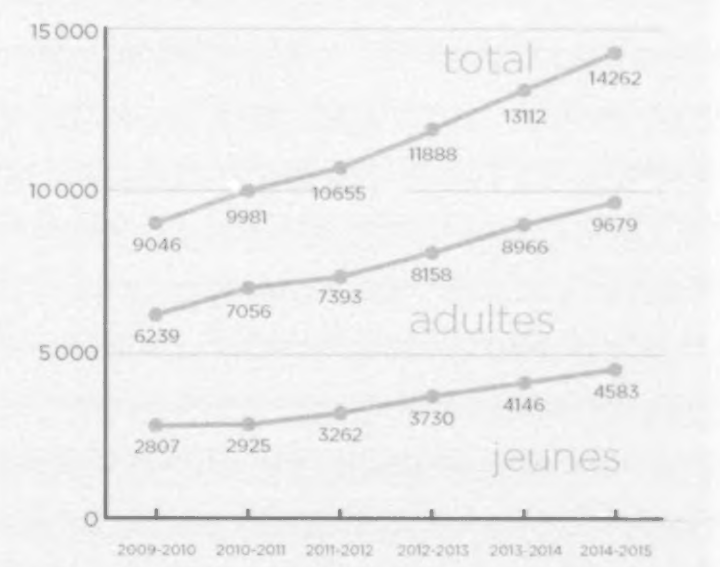
4.3.3 Santé mentale

L'année 2014-2015 a vu les CSSS de la Montérégie déployer des efforts significatifs pour consolider l'offre régionale de services en santé mentale et ainsi, augmenter l'accessibilité aux soins. Des améliorations significatives ont été enregistrées pour l'ensemble des indicateurs de santé mentale. Notre défi demeure cependant l'amélioration des indicateurs de l'urgence et l'accessibilité aux services de 2e ligne.

À la lumière des résultats de l'année 2014-2015, on constate que pour les services de 1re ligne, le nombre d'usagers suivis est passé de 13 112 en 2013-2014 à 14 262 en 2014-2015, soit une augmentation de 8,8 %. Cette hausse significative, que l'on peut voir au graphique 2, a touché autant la clientèle des jeunes (4 583 c. 4 146, soit + 10,5 %) que celle des adultes (9 679 c. 8 966, soit + 7,9 %).

Graphique 2

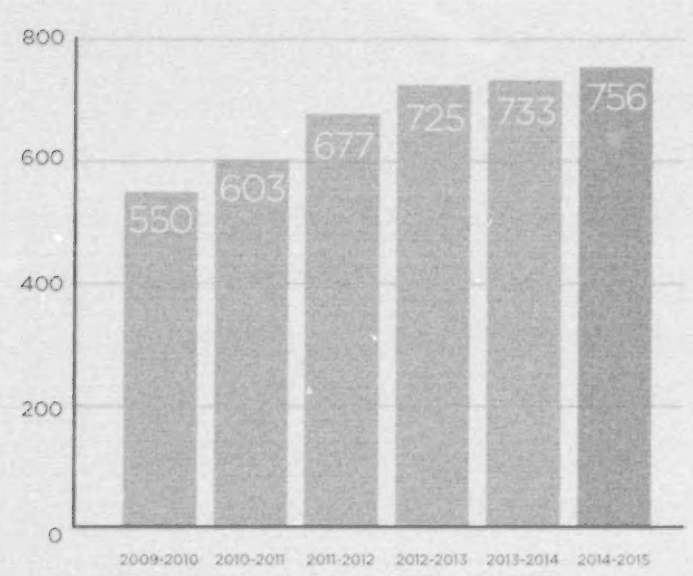
Nombre d'usagers suivis par les équipes de santé mentale de 1re ligne



Le suivi intensif pour les adultes ayant des troubles mentaux graves continue sa progression amorcée depuis ces quatre dernières années. Le nombre de places offertes en 2014-2015 a connu une augmentation de 3,1 % par rapport à l'année précédente, passant de 733 à 756 places.

Graphique 3

Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus ayant des troubles mentaux graves

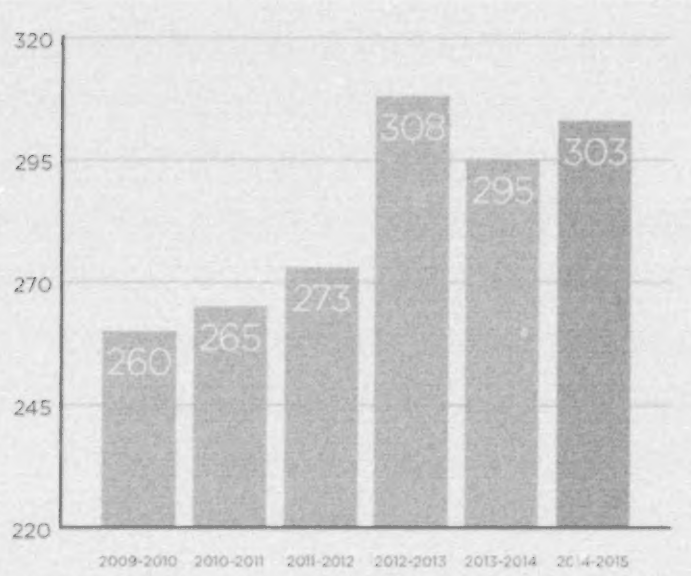


Pour le soutien d'intensité variable, les CSSS ont offert en 2014-2015 une moyenne de 303 places par période, soit une augmentation de 2,7 % et un taux d'atteinte de leur engagement de 104,4 %.

Les visites du Centre national d'excellence en santé mentale auprès des équipes SIV continueront à se faire pour améliorer les pratiques et par le fait même, les résultats.

Graphique 4

Nombre de places en services de suivi d'intensité variable pour des adultes de 18 ans et plus ayant des troubles mentaux graves



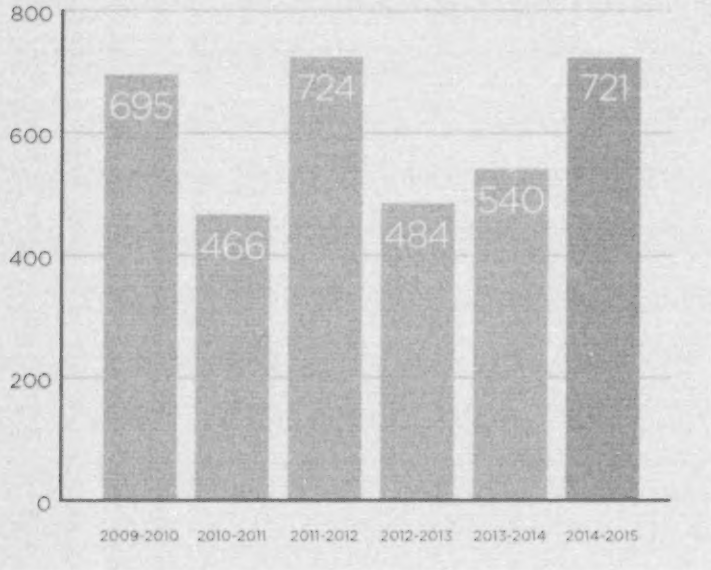
Une stabilité a été observée pour l'année 2013-2014 en ce qui concerne le séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale. Ainsi, la durée moyenne de séjour est passée de 19,72 à 19,89 heures, et l'objectif de 16 heures n'a pas encore été atteint.

Les efforts déployés par les établissements ont eu un impact majeur pour les patients. En effet, le pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale est resté stable, passant de 6,51 % à 6,79 %.

En ce qui concerne l'accessibilité aux services de 2e ligne, le résultat enregistré en 2014-2015 est en augmentation par rapport à 2013-2014. En effet, le nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2e et 3e lignes en santé mentale est supérieur à 60 jours est passé de 540 à 721, soit une augmentation de 33,5 %.

Graphique 5

Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2e ou de 3e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours



4.4 Enjeu 4 : La qualité et l'innovation

4.4.1 Innovation en perte d'autonomie et vieillissement

En amont : *Pour le maintien à domicile des personnes âgées*

Par des ateliers de pratique réflexive, le projet *En amont* invite les établissements à développer une gouvernance clinique, en responsabilisant les gestionnaires et professionnels concernant les services de maintien à domicile offerts aux usagers de leur territoire. Lors de l'atelier, on présente un portrait spécifique de la population âgée et des services dispensés sur le territoire, que les participants sont invités à commenter en livrant leurs perceptions des problèmes rencontrés et des solutions envisagées au regard des services offerts par leur établissement. Des zones d'amélioration sont identifiées et des exemples de meilleures pratiques sont démontrés. Par la suite, l'équipe locale élabore son projet d'amélioration. L'implantation de la pratique choisie est assurée par l'équipe locale elle-même, avec le soutien de l'Agence. Deux CSSS de la Montérégie se sont impliqués et ont bénéficié des ateliers de pratiques réflexives dans le cadre de ce projet, et deux projets d'amélioration sont présentement amorcés.

4.4.2 Qualité des soins et services

L'Agence a pour mandat de coordonner et de soutenir les établissements afin d'assurer une prestation sécuritaire des soins et services aux usagers. À cette fin, diverses actions sont réalisées afin de maintenir et d'améliorer la qualité des soins et services dispensés.

Visites d'évaluation de la qualité du milieu de vie

En 2014-2015, l'Agence a participé, sous l'égide du MSSS, aux visites d'évaluation de :

- 39 centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD);
- 4 ressources intermédiaires (RI) pour les clientèles de personnes âgées en perte d'autonomie, déficience intellectuelle, santé mentale et jeunesse en difficulté.

Ces visites ont pour objectif d'évaluer la qualité du milieu de vie des résidents et de permettre à l'établissement d'établir un plan d'amélioration visant tant le milieu de vie que la qualité des services. L'Agence assure le suivi de chacun des plans d'amélioration.

Agrément des établissements

Comme prescrit par la loi (LSSSS), tous les établissements doivent solliciter l'agrément de leurs services de santé et des services sociaux auprès de l'un des deux organismes d'agrément reconnus par le Ministère, soit Agrément Canada (AC) et le Conseil québécois d'agrément (CQA) ou encore le programme conjoint AC/CQA. En 2014-2015, 9 établissements en Montérégie ont reçu leur agrément dont 3 avec mention d'honneur et 1 avec mention.

Certification – Ressources d'hébergement en toxicomanie ou en jeu pathologique

Le processus de certification vise à assurer que les personnes aux prises avec des problèmes liés à l'alcoolisme, à la toxicomanie ou au jeu pathologique ont accès à des services de qualité qui respectent les normes établies dans le cadre du Règlement sur la certification des ressources en toxicomanie ou en jeu pathologique. En Montérégie, on compte actuellement 12 ressources certifiées, dont deux qui ont été certifiées en cours d'année.

Comité des usagers et comité des résidents

L'Agence soutient les comités lors de demandes ponctuelles, soit par de l'accompagnement ou par de la formation. Par ailleurs, elle procède annuellement à une reddition de comptes auprès de l'ensemble des comités des usagers.

Curateur public

Le rôle du curateur public est de veiller à la protection de personnes inaptes. Il peut exercer ce rôle seul ou le partager avec d'autres : familles, proches et intervenants du réseau de la santé et des services sociaux. Aussi, chaque personne est protégée par des mesures qui s'adaptent à sa propre situation.

L'Agence agit à titre de répondante auprès du MSSS pour des questions relatives à la qualité des services offerts par les établissements de la Montérégie à l'égard des personnes sous la protection du curateur public. Elle est aussi l'interlocutrice privilégiée des personnes ressources dans les établissements de la Montérégie, ainsi que la répondante du curateur public pour les questions de procédures applicables aux établissements.

Deux programmes de prévention sur la sécurité des soins et des services

Le Programme de formation sur l'approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (AMPRO) vise l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins à la clientèle lors de leur passage en natalité. Ce programme de priorité nationale a débuté en 2008 dans tous les établissements offrant un service d'obstétrique. Tous les CSSS du territoire ont maintenant complété le programme de trois ans.

Une excellente nouvelle pour le milieu obstétrical a été l'annonce du déploiement du deuxième volet du programme AMPRO, soit AMPRO[ob] PLUS. Quatre CSSS sur le territoire ont commencé le programme en 2014, et 3 autres le commenceront en 2015.

Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS)

Depuis le 1er avril 2009, tous les établissements doivent tenir un registre local des incidents/accidents et l'alimenter. Les données recueillies sont analysées et permettent de mettre en place des correctifs afin d'éviter la récurrence des événements indésirables. Ces données locales saisies alimentent également le registre national des incidents/accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux (RNIASSSS).

À la suite de la compilation des incidents et des accidents pour la période du 1er avril au 30 novembre 2014, on compte en Montérégie 224 045 incidents répertoriés. Les chutes et les erreurs reliées à la médication sont les deux événements les plus fréquents; à l'échelle provinciale, les chutes et les erreurs reliées à la médication sont à l'origine de près des deux tiers des déclarations.

Rapport du coroner

Le Bureau du coroner est un organisme autonome sous l'autorité du ministre de la Sécurité publique. De manière indépendante et impartiale, il fait une enquête ou une investigation dans tous les cas de décès obscurs ou violents qui surviennent au Québec. Il rédige alors un rapport exposant les causes et les circonstances du décès et peut formuler des recommandations s'il y a lieu[1].

Tel que prescrit par la loi, l'Agence doit s'assurer d'une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux aux usagers. En ce sens, elle exerce un suivi des recommandations énoncées dans les rapports du coroner qui s'adressent à un ou plusieurs établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

En 2014-2015, 15 rapports de coroner ont fait l'objet de suivis en Montérégie.

[1] Article 3 de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès

4.5 Enjeu 5 : L'attraction, la rétention et la contribution optimale du personnel

Réduction de l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante (MOI)

À la période 10 de l'année 2014-2015, la cible régionale établie pour la Montérégie a été atteinte pour les titres d'emplois ciblés sauf pour les inhalothérapeutes. Bien que cette dernière n'ait pas encore été atteinte, il n'en demeure pas moins que la région a amélioré grandement son résultat comparativement à l'année précédente.

4.6 Enjeu 6 : Une gestion performante et imputable

Le secteur Performance de l'Agence réalise en continu des travaux d'appréciation de la performance. Tous les dossiers sont diffusés auprès des demandeurs et utilisateurs (direction générale, DOS et autres secteurs de l'Agence ou les établissements demandeurs). Un soutien à l'interprétation et à l'utilisation de l'information est toujours rendu disponible au besoin.

4.7 Les projets d'optimisation

Coordination régionale en matière d'optimisation

Au cours de l'année 2013, le Ministère diffusait ses *Orientations en matière de coordination des projets d'optimisation par les agences de santé et de services sociaux et les mesures de soutien en découlant (2013-2018)*. L'Agence réactivait alors la structure de coordination régionale appuyée par un comité directeur régional en optimisation. Ce comité, sous la présidence du PDG de l'Agence, est formé de représentants des directeurs généraux, des directeurs des services

financiers et des directeurs des ressources humaines en provenance des CSSS et des établissements régionaux. Ses principaux rôles sont de proposer des orientations stratégiques concernant les projets d'optimisation régionaux, d'analyser les enjeux des projets, de favoriser l'utilisation de leviers permettant l'atteinte des résultats de projets, le réalignement de l'étendue des projets ou leur redressement. Le comité évalue également les opportunités de projets visant un regroupement de services et fait les recommandations en ce sens à l'instance décisionnelle régionale formée des directeurs généraux de tous les établissements (CCSM).

Le but étant d'assurer un leadership régional en optimisation, d'exercer une vigie sur l'avancement des projets, de susciter les partenariats, de favoriser le partage des connaissances et la mise en commun des expériences et expertises.

Les projets qui font l'objet d'un suivi sont variés et comprennent les projets d'organisation des soins, des services et du travail, les chantiers régionaux d'optimisation, les projets *Lean* organisationnels, les projets visant les conditions de travail des cadres et d'autres initiatives telles que les projets du LEGG.

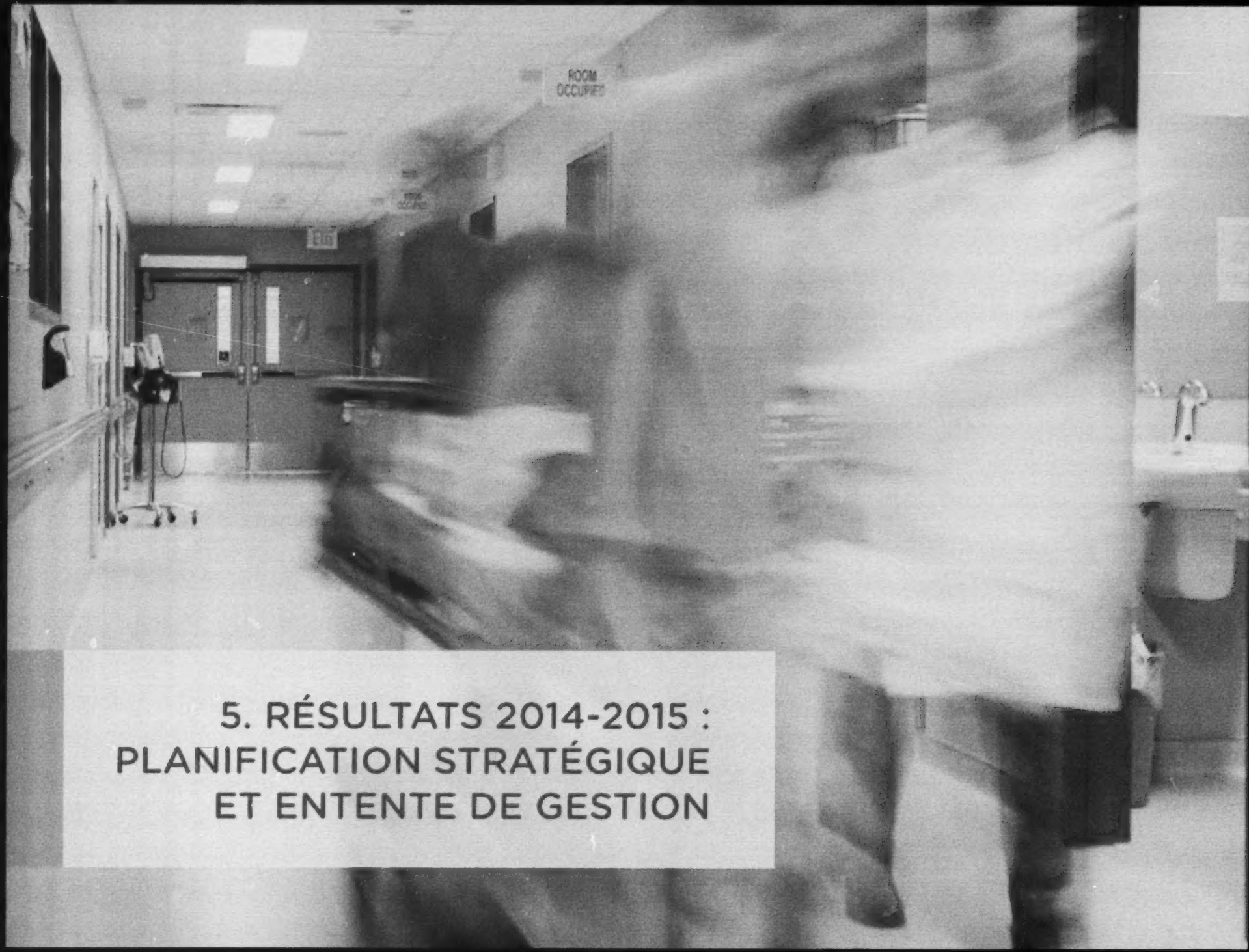
Sujet	Actions régionales	État d'avancement au 31 mars 2015
Clientèle Soutien à domicile (PALV, DP, DI et TED)	Suivis rigoureux de l'évolution des plans d'action Optimisation SAD longue durée. Plusieurs projets sont en cours dans les onze CSSS. Quatre établissements ont été visités pour des suivis individuels et du soutien. Suivis individuels par conférences téléphoniques pour les CSSS en difficulté d'atteindre leur engagement déboursé.	Selon le résultat estimé (à partir de la période 10) pour la période 13 2014-2015, l'engagement déboursé régional sera atteint à 110,9 %.
Approvisionnement en commun	Participation aux appels d'offres nationaux regroupés et aux appels d'offres régionaux regroupés pour les équipements médicaux ordinaires et spécialisés, certaines fournitures et les contrats de services.	• Dossier du regroupement des corporations traité au niveau du Ministère. • Répartition du regroupement des corporations acceptée par le Ministère. • La corporation « Approvisionnements Montérégie » a fusionné avec celle de l'Abitibi-Nord-Ouest du Québec en date du 2 juillet 2014.
Logistique de la chaîne d'approvisionnement	• Étude sur l'état de situation réalisée par les HEC en 2012-2013. • Rapport des recommandations déposé au CCSM en décembre 2013.	Le plan d'action est en cours de rédaction de même que le processus de choix du chargé de projet.
Énergie	• Collaboration à l'élaboration et à la mise à jour du cadre de gestion concernant l'efficacité énergétique et mise en application de celle-ci en continu. • Tous les projets d'immobilisation en Montérégie doivent prévoir des études de faisabilité afin d'inclure des programmes d'efficacité énergétique.	Nouveau cadre de gestion diffusé en septembre 2013. Le MSSS accorde une subvention pour réaliser des projets d'économie d'énergie. Le plan d'action régional a été déposé le 31 janvier 2014. Dossier en cours de réalisation.
Réduction du temps supplémentaire	Suivi périodique de l'utilisation du temps supplémentaire par les établissements.	Suivi régional visant la réduction du temps supplémentaire. Les résultats à la période 10 en 2014-2015 sont en-dessous de la cible pour le temps supplémentaire de l'ensemble du personnel ainsi que pour les infirmières. On note une constante à la baisse.

Sujet	Actions régionales	État d'avancement au 31 mars 2015
Système de paie	Mise sur pied d'un comité de pilotage. Une étude comparative du processus Paie-RH a été effectuée. Nous désirons maintenant démarrer trois chantiers régionaux, pilotés par l'Agence afin d'améliorer la qualité des données primaires au niveau local, de travailler la normalisation et la standardisation des processus du cycle de paie au niveau régional et effectuer la régionalisation du traitement de la paie.	Nouvelle orientation à l'égard de ce dossier : regroupement régional du processus de gestion de la paie par fournisseur déjà utilisé dans la région. Au terme de l'opération, le nombre de services de paie doit correspondre au nombre de fournisseurs de la région. Appel d'offre pour un chargé de projets : la chargée de projet a commencé le 30 septembre 2013. Premières révisions de processus commencées avec les établissements. Les travaux progressent bien pour l'ensemble de la Montérégie.
Gestion du parc des postes de travail	Engagements - Entente de gestion • Inventorier les systèmes d'information qui ont une dépendance forte avec la suite bureautique Microsoft Office (Word, Excel et Access) pour opérer ; • Optimiser la gestion du parc des postes de travail par l'utilisation de regroupement d'achats ; • Élaborer un plan régional d'optimisation du parc par l'utilisation du client léger. Action régionale • Établir les orientations régionales en matière de client léger.	Complètement réalisé. Utilisation des regroupements d'achats en vigueur. Table de concertation d'architecture régionale en place. L'ensemble des établissements de la région participe à l'élaboration des orientations, normes et standards. Le dossier d'affaires concernant le plan d'orientation régionale devrait être déposé au MSSS dans le cadre du PGRI (Plan global des ressources informationnelles) pour l'année 2014-2015.
Regroupement des centres de traitement de données	• Inventorier les centres de traitement de la région qui ont plus de quatre serveurs. • Élaborer le plan d'optimisation pour : - réduire progressivement le nombre de centres de traitement (CTI) dans la région. - optimiser l'utilisation des CTI des hôpitaux déjà en place. - optimiser les investissements récemment consentis. • Identifier la stratégie de continuité de services en maximisant les centres de traitements déjà en place dans les régions. La stratégie de relève devra être précisée et mise en œuvre dans le plan d'optimisation.	• Mise en commun des infrastructures des technologies de l'information en Montérégie ainsi que leur exploitation tout en réduisant les duplications et la fragmentation. À moyen et long terme, mise en place d'une infrastructure régionale optimale, redondante et sécuritaire ainsi qu'un accroissement des niveaux de services, de la mise en commun d'expertises, de la réduction des coûts d'exploitation et de l'enrichissement des compétences autour des meilleures pratiques en matière de gestion des services TI. • Cette démarche nécessite certaines transformations organisationnelles et une révision des processus de travail. • Le dossier d'affaires est complété et déposé auprès du MSSS. • L'Agence continue à travailler en collaboration avec le MSSS et les établissements dans ce projet d'envergure afin d'assurer son avancement. • L'approche de réalisation inclut une stratégie de regroupement des applications au niveau régional. Toutes les opportunités sont évaluées au fur et à mesure afin de régionaliser les actifs et infrastructures selon les opportunités. • L'élaboration de l'architecture régionale cible et le manuel d'organisation de projet sont très avancés et en cours de finalisation. • Le dossier évoluera vers une intervention de gestion en mode continue.

Sujet	Actions régionales	État d'avancement au 31 mars 2015
Courrier électronique	Préparatoire à la migration : • Épurer les archives des boîtes de courrier électronique sur les postes de travail. • Épurer les boîtes de courrier électronique. • Optimiser le nombre de licences de logiciels. • Normaliser les adresses de courrier électronique (@ssss.gouv.qc.ca). • Inventorier les systèmes applicatifs et informationnels développés avec le collecticiel Lotus Notes et élaborer une stratégie visant à en gérer l'évolution. Suivant l'adjudication du contrat : • Participer à l'élaboration du plan régional de migration. • Coordonner la gestion du changement dans la région.	Tous les travaux préparatoires ont été réalisés en vue de la venue de la solution nationale. ÉPURATION : Information publiée au réseau de la région. Un plan est en cours. OPTIMISATION : Opération déjà automatisée dans le réseau. Processus annuel en place et fonctionnel depuis plusieurs années. NORMALISATION : Tous les changements d'adresse de la région ont été effectués. INVENTAIRE : Opération complétée. Un plan de transition est en cours de réalisation pour l'ensemble des applicatifs ciblés. Plan régional déjà élaboré pour le changement de contrat. Dossier en attente de directives ministérielles.
Téléphonie IP	Engagements - Entente de gestion • Maintenir à niveau les 34 systèmes supportés par les manufacturiers. • Remplacer les 16 systèmes téléphoniques désuets. Actions régionales • Évaluer les impacts des systèmes en place ainsi que les investissements nécessaires pour la réalisation du projet de regroupement de la téléphonie IP dans la région, et ce, pour chacun des établissements. • Contribuer à l'élaboration d'un plan d'affaires régional pour couvrir les volets d'acquisition, de maintenance et de soutien des infrastructures de téléphonie. • Élaborer différents scénarios possibles d'optimisation des actifs et des ressources régionaux.	Dépôt du rapport sur la situation des établissements de la région Dossier d'affaires régional finalisé et déposé au MSSS. En collaboration avec la Table de concertation régionale englobant tous les établissements, un appel d'offres régional a été fait pour certains établissements, en fonction de la désuétude des équipements en place. Le déploiement pour la mise en place d'une infrastructure régionale pour la téléphonie IP a débuté en septembre 2014 et se terminera en juin 2015 pour les établissements visés.
Visioconférence	Engagements - Entente de gestion • Effectuer la migration de l'ensemble des stations de visioconférence. • Augmenter l'utilisation des visioconférences et en assurer la promotion.	Obligations régionales rencontrées. Travaux en continu.

4.8 Accessibilité aux services

Sujet	Actions régionales	État d'avancement au 31 mars 2015
Accès au continuum de services AVC	• Mise sur pied d'un groupe de travail interne (Agence) permettant le déploiement du continuum AVC. • Mise sur pied d'un groupe de travail régional regroupant des représentants des établissements dans le but de proposer une organisation de services régionale.	• Plan régional en rédaction. • Détermination des centres primaires et secondaires en cours.
Accès au continuum de services pour la douleur chronique	Élaboration d'un plan d'organisation régional.	• En attente de l'offre de services du consortium (CSSS CCLM, CSSS Pierre-Boucher, CMR).
Accès aux services d'imagerie	• Poursuite des travaux dans les établissements dans le but de réduire les délais d'accès. • Assistance aux établissements pour les démarches à réaliser en vue d'assurer une extraction des données conforme.	• Nous poursuivons nos démarches pour soutenir les CSSS dans l'amélioration des listes d'attente notamment en échographie. • Quatre établissements sont soutenus par allocation pour augmenter leurs technologues autonomes afin d'améliorer l'accès aux services.
Configuration des services médicaux	Mise en œuvre du PREM accepté par le MSSS. Soutien aux groupes de médecins souhaitant devenir GMF.	• Mise en œuvre du PREM 2015. • Planification du PREM transitoire 2016.
Accueil clinique (AC)	Accès aux services spécialisés pour les conditions aiguës et subaiguës selon les protocoles.	• 7 AC sur 9 CSSS sont en place (excluant CSSS de Vaudreuil-Soulanges et CSSS du Haut-Saint-Laurent). • Les CSSS travaillent à finaliser la mise en place des 5 protocoles ciblés par le MSSS.
Laboratoires	Optimisation des laboratoires (OPTILAB). Développement d'un plan d'action régional en fonction des orientations ministérielles.	• Le plan d'action régional détaillé est en cours d'élaboration. • La gouvernance régionale est active. L'échéancier a été prolongé jusqu'en 2018. • Nomination d'une chargée de projet Optilab du centre régional, pour le développement du laboratoire serveur et comme expert-conseil pour le SIL et l'organisation des laboratoires.
Prise en charge de l'infarctus du myocarde avec élévation du Segment ST	Détermination des bassins de desserte pour les IAMEST.	• Les bassins de desserte IAMEST ont été déterminés. • Participation des établissements montérégiens à la banque de données du RUIS.
Traumatologie	100 % formalisation des ententes entre les établissements intra et extrarégionales.	• Les ententes intrarégionales sont complétées et signées. • Les ententes avec les établissements de Montréal sont signées à l'exception d'une entente avec un établissement.



5. RÉSULTATS 2014-2015 : PLANIFICATION STRATÉGIQUE ET ENTENTE DE GESTION

Cette section du rapport présente les résultats découlant de la planification stratégique 2010-2015 de l'Agence ainsi que les résultats de l'entente de gestion 2014-2015. Ainsi, cette section :

- présente les indicateurs prévus dans l'entente de gestion et d'imputabilité 2014-2015 ainsi que les indicateurs du Ministère et de la région retenus au Plan d'action régional 2012-2013 pour la réalisation de la planification stratégique 2010-2015;
- présente également les résultats obtenus pour l'année 2014-2015;
- offre des compléments d'information sur les activités régionales.

L'Agence s'est engagée envers le MSSS à contribuer à la mise en œuvre des priorités identifiées par le Ministre pour l'année 2014-2015 :

- l'équilibre budgétaire;
- la participation à la révision des programmes;
- la participation aux travaux préparatoires à l'implantation du système de financement axé sur le patient;
- la mise en place des mécanismes, déterminés par le gouvernement, visant à gérer les effectifs dans la fonction publique;
- l'organisation des services;
- les soins de première ligne et de deuxième ligne;
- la participation à la révision du Programme national de santé publique (PNSP);
- la consolidation des services aux jeunes en difficulté et à leur famille;
- l'adaptation du réseau pour faire face au vieillissement de la population et la poursuite des efforts pour mieux répondre aux besoins des personnes souffrant de déficience;
- l'accroissement de la gamme de services en santé mentale;
- la poursuite des actions de développement en matière de cancer, de chirurgie et d'accès;
- l'élaboration d'un plan régional en soins palliatifs afin d'assurer la mise en œuvre des mesures contenues dans la *Loi concernant les soins de fin de vie*;
- l'élaboration du plan stratégique régional 2015-2020;
- l'informatisation du réseau – DSQ-DCI-DMÉ;
- l'optimisation des ressources;
- l'information et les obligations de la *Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement*;
- l'approvisionnement en commun.

Les priorités régionales découlent des priorités ministérielles et de la planification stratégique. Par souci de cohérence, les résultats obtenus pour les objectifs fixés sont regroupés ici selon les six enjeux de la planification stratégique de l'Agence, soient :

- la prévention et la réduction des inégalités;
- les services de première ligne;
- la réduction des délais pour l'accès aux services;
- la qualité et l'innovation; l'attraction, la rétention et la contribution optimale du personnel;
- une gestion performante et imputable.

5.1 Enjeu 1 : La prévention et la réduction des inégalités

Orientation 1.1

Agir de façon concertée sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être

Axe d'intervention : Prévention dans les continuums de services

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2014-2015 Objectif	2014-2015 Résultat	2013-2014 Objectif	2013-2014 Résultat	Commentaires
1.01.20 PS	Pourcentage moyen d'implantation des activités du Programme national de santé publique (PNSP)	85 %	85 %	86,5 %*	85 %	89 %	* Résultats provisoires
1.01.21 PS	Pourcentage des pratiques cliniques préventives prioritaires qui ont fait l'objet d'activités de soutien	85 %	85 %	84,6 %*	80 %	83 %	* Résultats provisoires
1.01.13 EG	Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)	s.o.	60 %	81,8 %	50 %	63,7 %	
1.01.14 EG	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccins contre DCaT-Polio-Hib dans les délais	s.o.	90 %	81,6 %	90 %	86,7 %	Les résultats 2014-2015 sont provisoires et incomplets. Cette situation résulte du déploiement d'un nouveau système d'information (SI-PMI) 2014-2015 en remplacement du module vaccination d'ICLSC. Des travaux sont en cours au MSSS afin de pallier à cette déficience.
1.01.15 EG	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccins contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	s.o.	90 %	75,4 %	90 %	66,8 %	
1.01.16.01 EG	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccins contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) dans les délais	s.o.	s.o.	72,9 %	s.o.	66,9 %	

5.2 Enjeu 2 : Les services de première ligne

Orientation 2.1

Améliorer l'accès aux services généraux de première ligne

Axe d'intervention : Services médicaux et infirmiers

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2014-2015 Objectif	2014-2015 Résultat	2013-2014 Objectif	2013-2014 Résultat	Commentaires
1.09.25 PS et EG	Nombre total de Groupes de médecine de famille (GMF) implantés	40	43	40	44	40	Une importante révision du cadre de référence pour les groupes de médecine de famille (GMF) est en cours. Aussi, les médecins intéressés à devenir GMF attendent le nouveau cadre avant d'entreprendre des démarches en ce sens.
1.09.26 PS	Pourcentage des médecins de famille exerçant en cabinet ou en CLSC qui pratiquent en Groupe de médecine de famille (ou équivalent)	70 %	70 %	49 %	51 %	47,1 %	
1.09.27 PS	Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	70 %	68 %	65,2 %	62 %	64,4 %	
3.07 PS et EG	Nombre d'IPS en soins de 1re ligne titularisées et offrant des services de 1re ligne	58 en 2014-2015 94 en 2017-2018	40	36	26	26	
PS	Adoption d'un cadre de référence régional pour l'intégration des IPS dans le réseau montérégien	2015	*	*		Échéance initiale de 2014 reportée à 2015.	* Plusieurs établissements se sont dotés de cadres de références à l'échelle locale. En soutien, l'Agence a produit un résumé des groupes de discussion sur le sujet.
PS	Pourcentage d'installations (établissements, GMF et cliniques-réseau) ayant adopté au moins une ordonnance collective	100 %	100 %	90 %	100 % (56/56)	90 %	
PS	Modalités de collaboration établies entre le CSSS et le médecin responsable des GMF et des cliniques-réseau	80 %	80 %	81 %	64 % (7/11)	81 % (9/11)	

Orientation 2.1

Améliorer l'accès aux services généraux de première ligne

Axe d'intervention : Services psychosociaux généraux

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2014-2015 Objectif	2014-2015 Résultat	2013-2014 Objectif	2013-2014 Résultat	Commentaires
1.02.04 PS et EG	Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre minutes ou moins	90 %	90 %	81,7 %	83 %	79,8 %	Le résultat représente 90,8 % de l'objectif convenu en 2014-2015.
1.02.05 PS et EG	Pourcentage des régions sociosanitaires ayant mis en place un service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux	100 % (selon financement)	s.o.	1 intervenant par quart de travail	s.o.	1 intervenant par quart de travail	

Orientation 2.2

Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des clientèles ayant des besoins particuliers

Axe d'intervention : Personnes atteintes de maladies chroniques ou de cancer

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2014-2015 Objectif	2014-2015 Résultat	2013-2014 Objectif	2013-2014 Résultat	Commentaires
1.09.39 PS	Pourcentage des territoires locaux où est implanté un programme d'autogestion et de réadaptation (projet d'intervention systématique auprès des grands consommateurs MPOC)*	s.o.	s.o.	s.o.	n.d.	n.d.	Fiche de l'indicateur non disponible.
1.09.40 PS	Pourcentage des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer disposant d'une infirmière pivot dans un délai de 48 heures	70 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
PS	Pourcentage des établissements ayant un projet concret d'amélioration pour le continuum de soins et de services de lutte contre le cancer	50 %	*	*	s.o.	s.o.	* Travaux en cours en lien avec la mise à jour des portraits et la révision des indicateurs.
PS	Atelier de formation continue offert aux médecins de famille, infirmières de GMF et pharmaciens communautaires (diabète, maladies pulmonaires ou cardiaques, santé mentale)	1 atelier par RLS annuellement	11	3	11	0	Redémarrage des travaux et de la disponibilité des ateliers.

Orientation 2.2

Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des clientèles ayant des besoins particuliers (suite)

Axe d'intervention : Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance

Code	Indicateur	2015-2015 Cible	2014-2015 Objectif	2014-2015 Résultat	2013-2014 Objectif	2013-2014 Résultat	Commentaires
1.06.10 PS*	Pourcentage des territoires locaux où un programme d'intervention en négligence reconnu efficace est offert	100 %	s.o.	s.o.	s.o.	70 %	L'indicateur a été retiré par le MSSS (en test).
1.06.11 PS	Pourcentage des territoires locaux où un programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu reconnu efficace est offert	100 %	s.o.	s.o.	100 %	100 %	L'indicateur a été retiré par le MSSS (en test).
1.06.12 PS*	Nombre de déplacements vécus par l'enfant/jeune au cours d'une période de trois ans à compter de leur prise en charge	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
1.06.13 PS	Durée moyenne des placements*	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
1.06.14 PS	Taux d'enfants resignalés	Diminution		16,3 %		14 %	L'indicateur est en phase d'expérimentation.
PS	Nombre d'usagers requérant des services de plus d'un établissement ayant un PSI (jeunes en difficulté)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	523	
1.07.05 PS et EG	Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de 1re ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	Augmentation	500	346	100	297	Nous constatons une légère amélioration des résultats de l'année 2014-2015 comparativement à ceux des années précédentes. Des travaux et un suivi ont été effectués auprès des établissements afin d'uniformiser le mode de collecte des données et ce, en conformité avec le Guide de saisie régional du cadre normatif I-CLSC – Programme-services dépendance.

Axe d'intervention : Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance (suite)

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2014-2015 Objectif	2014-2015 Résultat	2013-2014 Objectif	2013-2014 Résultat	Commentaires
1.08.05 PS et EG	Nombre de places en services de soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services (santé mentale)	260 (excluant les OC) Augmentation	290	307	290	295	L'engagement est atteint à 105.8 %.
1.08.06 PS et EG	Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services (santé mentale)	700 Augmentation	727	761	727	733	Le taux d'atteinte de l'engagement pour le suivi intensif pour les adultes ayant des troubles mentaux graves est de 104.6 %
1.08.09 PS et EG	Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC) Projet régional d'optimisation	À déterminer	12 821	14 913	12 750	15 376*	À la lumière des résultats de l'année 2014-2015 pour les services de 1re ligne, on constate que, le nombre d'usagers suivis est passé de 13 112 (facteur de correction étant exclu) en 2013-2014 à 14 913 en 2014-2015, soit une augmentation de 13,7 % et un taux d'atteinte de l'engagement de 116,3 %. * Ce résultat inclut le facteur de correction.
PS	Pourcentage des RLS offrant un accès à des services de crise (santé mentale)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	

Orientation 2.2

Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des clientèles ayant des besoins particuliers (suite)

Axe d'intervention : Personnes ayant une déficience et leur famille

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2014-2015 Objectif	2014-2015 Résultat	2013-2014 Objectif	2013-2014 Résultat	Commentaires
1.55.04.01 PS	Nombre de personnes ayant une déficience physique pour qui, dans l'année de référence, un PSI a été coordonné par l'établissement (CSSS)*	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	En attente de directives ministérielles. * Fiche de l'indicateur non disponible
1.55.04.02 PS	Nombre de personnes ayant une déficience physique pour qui, dans l'année de référence, un PSI a été coordonné par l'établissement (CRDP)*	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	En attente de directives ministérielles. * Fiche de l'indicateur non disponible
PS	Pourcentage des établissements ayant implanté des trajectoires de services (déficience physique)	100 %	100 %	100 %	100 %	Atteint	
PS	Taux de conformité des trajectoires locales aux trajectoires régionales (déficience physique)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	Les travaux de l'étude de conformité en partenariat avec la DSPRÉ sont finalisés. Les résultats seront connus ultérieurement.
1.55.05.01 PS	Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle et TED pour qui, dans l'année de référence, un PSI a été coordonné par l'établissement (CSSS)*	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	En attente de directives ministérielles. * Fiche de l'indicateur non disponible
1.55.05.02 PS	Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle et TED pour qui, dans l'année de référence, un PSI a été coordonné par l'établissement (CRDI)*	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	En attente de directives ministérielles. * Fiche de l'indicateur non disponible
PS	Pourcentage des établissements ayant implanté des trajectoires de services (DI-TED)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
PS	Taux de conformité des trajectoires locales aux trajectoires régionales (DI-TED)	75 %	n.d.	n.d.	n.d.	52 %	Les travaux de l'étude de conformité en partenariat avec la DSPRÉ sont finalisés. Les résultats seront connus ultérieurement.

Axe d'intervention : Une passerelle vers un avenir en santé

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2014-2015 Objectif	2014-2015 Résultat	2013-2014 Objectif	2013-2014 Résultat	Commentaires
1.02.06 PS et EG	Nombre de réfugiés ayant bénéficié d'une évaluation du bien-être et de l'état de santé physique	s.o.	100 %	100 %	100 %	100 %	Le nombre en 2014-2015 est de 639 réfugiés.

Orientation 2.3

Répondre aux besoins d'une population vieillissante

Axe d'intervention : Réseaux de services intégrés

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2014-2015 Objectif	2014-2015 Résultat	2013-2014 Objectif	2013-2014 Résultat	Commentaires
1.03.06 PS et EG	Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services	70 %	70 %	78,79 %	68 %	75,3 %	Les résultats 2014-2015 sont provisoires. Une mise à jour sera effectuée début juillet 2015.

Axe d'intervention : Adaptation des services

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2014-2015 Objectif	2014-2015 Résultat	2013-2014 Objectif	2013-2014 Résultat	Commentaires
1.03.07 PS	Pourcentage des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des composantes reliées à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) en centre hospitalier	60 %	n.d	n.d.	s.o.	64 %	L'indicateur a été retiré et est en expérimentation actuellement.
1.03.09 PS	Pourcentage des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des préalables reliés à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée en centre hospitalier	100 %		100 %	100 %	100 %	
PS	Pourcentage de centres hospitaliers ayant un projet concret d'amélioration visant l'utilisation de l'urgence par les personnes de 75 ans et plus	50 %		100 %	30 %	100 %	Ce projet est terminé avec une atteinte de 100 % des CH en 2012.
PS	Nombre de centres hospitaliers ayant un programme de maintien de la mobilité fonctionnelle et de la réduction des effets de delirium lors des épisodes de soins	100 %		Atteint		Atteint	Fait partie d'un groupe de projets : Approche adaptée à la personne âgée.

Orientation 2.4

Favoriser le soutien à domicile des personnes ayant des incapacités

Axe d'intervention : Diversification des milieux de vie

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2014-2015 Objectif	2014-2015 Résultat	2013-2014 Objectif	2013-2014 Résultat	Commentaires
1.03.08 PS	Nombre de places TOTAL en ressources résidentielles de proximité (tous les programmes-services)	Augmentation	Indicateur retiré temporairement par le MSSS (en expérimentation)		Indicateur retiré temporairement par le MSSS (en expérimentation)		En 2014-2015, les résultats provisoires font état de 6 374 places.
	Nombre de places en ressources résidentielles de proximité Déficience physique	Augmentation					
	Nombre de places en ressources résidentielles de proximité Déficience intellectuelle et TED	Augmentation					
	Nombre de places en ressources résidentielles de proximité Jeunes en difficulté	Augmentation					
	Nombre de places en ressources résidentielles de proximité Dépendances	Augmentation					
	Nombre de places en ressources résidentielles de proximité Santé mentale	Augmentation					
	Nombre de places en ressources résidentielles de proximité Santé physique	Augmentation					
	Nombre de places en ressources résidentielles de proximité Perte d'autonomie liée au vieillissement	Augmentation					

Orientation 2.4

Favoriser le soutien à domicile des personnes ayant des incapacités (suite)

Axe d'intervention : Services de soutien à domicile

Code	Indicateur	2015-2015 Cible	2014-2015 Objectif	2014-2015 Résultat	2013-2014 Objectif	2013-2014 Résultat	Commentaires
1.03.05.01 PS et EG	Nombre total d'heures de services de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS – mission CLSC) pour les clientèles des programmes PALV, DP, DI et TED	1 661 234	1 641 609	1 821 473	1 623 407	1 698 412	L'engagement 2014-2015 a été atteint à 110,9 %.
PS	Pourcentage des territoires locaux ayant adopté des critères d'accès harmonisés en matière de SAD	100 %					Le projet est en attente des nouvelles orientations du MSSS avant sa mise en place.
PS	Pourcentage des CSSS utilisant le progiciel (projet régional d'optimisation)	90 %	90 %	100 %	80 %	100 %	Le progiciel SyMo est implanté dans les 6 CSSS (La Pommeraie, de Vaudreuil-Soulanges, du Haut-Saint-Laurent, Champlain-Charles-Le-Moyne, Haut-Richelieu-Rouville et du Suroît) participant au projet de démonstration.
PS	Pourcentage des établissements régionaux utilisant le progiciel (projet régional d'optimisation)	75 % du SAD	n.d.	n.d.	60 %	25 %	

5.3 Enjeu 3 : La réduction des délais pour l'accès aux services

Orientation 3.1

Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

Axe d'intervention : Services sociaux et de réadaptation

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2014-2015 Objectif	2014-2015 Résultat	2013-2014 Objectif	2013-2014 Résultat	Commentaires
1.07.04 PS et EG	Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	80 %	80 %	77,2 %	60 %	57,7 %	L'objectif convenu est atteint à 96,5 %.
1.45.04.01 PS	Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique (toutes priorités – CSSS)	90 %	90 %	90,9 %	90 %	92 %	
1.45.04.02 PS	Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique (urgent - CSSS)	90 %	90 %	59,1 %	90 %	81,4 %	
1.45.04.03 PS	Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique (élevé - CSSS)	90 %	90 %	90,1 %	90 %	94,7 %	
1.45.04.04 PS	Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique (modéré - CSSS)	90 %	90 %	92 %	90 %	91,4 %	
1.45.04.05 PS	Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique (toutes priorités – CRDP)	90 %	90 %	98 %	90 %	98,6 %	

Axe d'intervention : Services sociaux et de réadaptation (suite)

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2014-2015 Objectif	2014-2015 Résultat	2013-2014 Objectif	2013-2014 Résultat	Commentaires
1.45.04.06 PS	Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique (urgent – CRDP)	90 %	90 %	0 %	90 %	0 %*	* Deux demandes urgentes ont été répertoriées dans toute la Montérégie, non traitées selon les délais requis (trois jours) en 2011-2012 et influencent toujours le résultat 2014-2015. Il s'agit d'une erreur de saisie en lien avec la priorisation de la demande (réf. : usager de priorité élevée) et les usagers ont reçu les services en 6 jours.
1.45.04.07 PS	Taux des demandes de services traitées, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique (élevé – CRDP)	90 %	90 %	98,3 %	90 %	98,3 %	
1.45.04.08 PS	Taux des demandes de services traitées, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique (modéré – CRDP)	90 %	90 %	97,6 %	90 %	99,1 %	
1.45.45.02 PS et EG	Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès (toutes déficiences, tous âges, urgent)	90 %	90 %	54,5 %	90 %	78,3 %	
1.45.45.03 PS et EG	Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès (toutes déficiences, tous âges, élevé)	90 %	90 %	97,4 %	90 %	97,6 %	
1.45.45.04 PS et EG	Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès (toutes déficiences, tous âges, modéré)	90 %	90 %	84,6 %	90 %	85,7 %	
1.45.05.01 PS	Taux des demandes de services traitées, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED (toutes priorités - CSSS)	90 %	90 %	92,9 %	90 %	96 %	
1.45.05.02 PS	Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED (urgent - CSSS)	90 %	90 %	33,3 %	90 %	83,3 %	

Axe d'intervention : Services sociaux et de réadaptation (suite)

Code	Indicateur	2015-2016 Cible	2014-2015 Objectif	2014-2015 Résultat	2013-2014 Objectif	2013-2014 Résultat	Commentaires
1.45.05.03 PS	Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED (élevé - CSSS)	90 %	90 %	83,3 %	90 %	92 %	
1.45.05.04 PS	Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED (modéré - CSSS)	90 %	90 %	93,9 %	90 %	96,8 %	
1.45.05.05 PS	Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED (toutes priorités - CRDITED)	90 %	90 %	68 %	90 %	64,6 %	
1.45.05.06 PS	Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED (urgent - CRDITED)	90 %	90 %	66,7 %	90 %	66,7 %	
1.45.05.07 PS	Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED (élevé - CRDITED)	90 %	90 %	91,1 %	90 %	91,4 %	
1.45.05.08 PS	Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED (modéré - CRDITED)	90 %	90 %	65,3 %	90 %	61,4 %	

Orientation 3.1

Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables (suite)

Axe d'intervention : Médecine et chirurgie

Code	Indicateur	2015-2016 Cible	2014-2015 Objectif	2014-2015 Résultat	2013-2014 Objectif	2013-2014 Résultat	Commentaires
1.09.07 PS et EG	Proportion de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	90 %	90 %	99,8 %	90 %	100 %	
1.09.08A PS et EG	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie – Catégorie A	100 %	100 %	96,20 %	100 %	99,39 %	
1.09.08B PS et EG	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie – Catégorie B	100 %	90 %	99,11 %	90 %	99,81 %	
1.09.09A	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque - Catégorie A	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	
1.09.09B	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque - Catégorie B	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	
1.09.10A	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie - Catégorie A	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	
1.09.10B	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie - Catégorie B	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	
1.09.20.01 PS et EG	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	90 %	90 %	81,5 %	90 %	78,6 %	Malgré que la cible de 6 mois ne soit pas atteinte à 90 % pour les arthroplasties totales de la hanche et du genou, nous constatons une hausse substantielle du nombre de chirurgies (toutes catégories confondues) réalisées en moins de 12 mois en Montérégie. Un suivi mensuel effectué en collaboration des établissements, a eu comme conséquence que très peu d'usagers attendent plus de douze mois pour une chirurgie.
1.09.20.02 PS et EG	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	90 %	90 %	76,6 %	90 %	71,4 %	

Axe d'intervention : Médecine et chirurgie (suite)

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2014-2015 Objectif	2014-2015 Résultat	2013-2014 Objectif	2013-2014 Résultat	Commentaires
1.09.20.03 PS et EG	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	90 %	90 %	95,3 %	90 %	96,5 %	
1.09.20.04 PS et EG	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	90 %	90 %	91 %	90 %	88,8 %	
1.09.20.05 PS et EG	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	90 %	90 %	94,4 %	90 %	94 %	
1.09.20.06 PS et EG	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie bariatrique	90 %	90 %	37 %	s.o.	26,6 %	Les résultats ne permettent pas d'avoir un portrait juste de la situation. L'équipe ministérielle est en train d'élaborer une directive visant à standardiser les inscriptions dans l'ensemble des établissements du Québec. Notons, par ailleurs, que le CSSS Pierre-Boucher reçoit un nombre considérable de demandes provenant de l'ensemble du Québec
1.09.32.01 EG	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie de la hanche	s.o.	0	0	0	2	
1.09.32.02 EG	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie du genou	s.o.	0	2	0	2	
1.09.32.03 EG	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie de la cataracte	s.o.	0	1	0	1	
1.09.32.04 EG	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie d'un jour	s.o.	0	43	0	65	
1.09.32.05 EG	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation	s.o.	0	13	0	27	

Axe d'intervention : Médecine et chirurgie (suite)

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2014-2015 Objectif	2014-2015 Résultat	2013-2014 Objectif	2013-2014 Résultat	Commentaires
1.09.32.06 EG	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie bariatrique	s.o.	0	74	s.o.	87	Se référer au commentaire pour l'indicateur 1.09.20.06.
1.09.33.01 PS et EG	Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (du calendrier)	90 %	90 %	60,5 %	80 %	60,4 %	Un suivi régulier est réalisé de la part de l'Agence. Dans 92,4 %, les chirurgies sont réalisées à l'intérieur du délai maximal de 56 jours.
1.09.33.02 PS et EG	Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (du calendrier)	s.o.	100 %	92,4 %	s.o.	90 %	
1.09.34 EG	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie				s.o.		Des travaux sont en cours de réalisation avec la collaboration du MSSS pour adapter les systèmes d'information. Certains établissements de la région ont pu implanter des systèmes d'information leur permettant une extraction et une compilation fiables des données.
1.09.35 EG	Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins				s.o.		
1.09.36 EG	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale				s.o.		
1.09.37 EG	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins				s.o.		

Orientation 3.1

Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables (suite)

Axe d'intervention : Urgences

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2014-2015 Objectif	2014-2015 Résultat	2013-2014 Objectif	2013-2014 Résultat	Commentaires
1.09.01 PS et EG	Séjour moyen sur civière (durée)	12	12	19,74	12	19,15	En 2014-2015, les hôpitaux de la région ont enregistré une importante augmentation du volume de l'activité dans les services des urgences, d'où la légère augmentation des résultats comparativement à ceux enregistrés l'année précédente.
1.09.02 EG	Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	s.o.	19,2	26,25	19,2	25,2	
1.09.03 PS et EG	Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière	0 %	0 %	8,1 %	1 %	7 %	
1.09.04 EG	Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	s.o.	7,6 %	14,4 %	7,6 %	12,5 %	
1.09.31 PS et EG	Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	15 %	20 %	30,58 %	20 %	29,4 %	
PS	Définition des dessertes ambulancières et des critères d'orientation	100 %			100 %	100 %	

Orientation 3.1

Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables (suite)

Axe d'intervention : Urgences (désencombrement)

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2014-2015		2013-2014		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
4.01.01 PS	Nombre moyen de patients par CH en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits post hospitaliers et occupant des lits de courte durée par CH	s.o.	3 %	4,5 %	3	3,9	
4.01.02 PS	Nombre moyen de patients en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée	s.o.	s.o.	s.o.	3	1,1	
4.01.03 PS	Nombre moyen de patients en attente de convalescence occupant des lits de courte durée	s.o.	s.o.	s.o.	3	2	Indicateurs retirés temporairement (en expérimentation).
4.01.04 PS	Nombre moyen de patients en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée	s.o.	s.o.	s.o.	3	2	
4.01.05 PS	Nombre moyen de patients en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	s.o.	3 %	7,9 %	3	7,8	
4.01.06 PS	Nombre moyen de patients en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	s.o.	3 %	1,9 %	3	2	
4.01.07 PS	Nombre moyen de patients en attente d'hébergement longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée	s.o.	s.o.	s.o.	3	1,5	Indicateurs retirés temporairement (en expérimentation).
4.01.08 PS	Taux de déclaration en hébergement à partir du CHSGS des 75 ans et plus	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	

Orientation 3.1

Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables (suite)

Axe d'intervention : Références aux services médicaux spécialisés

Code	Indicateur	2020-2015 Cible	2014-2015 Objectif	2014-2015 Résultat	2013-2014 Objectif	2013-2014 Résultat	Commentaires
1.09.38 PS	Pourcentage des CSSS ayant mis en place un mécanisme d'accès aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes pour les personnes présentant des conditions cliniques de nature subaigué ou semi-urgente et référées par un médecin de famille (PASS)*	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	* Fiche de l'indicateur non disponible
PS	Pourcentage des établissements visés par des ententes formelles avec les différents RUIS en fonction des critères d'accessibilité, de continuité et en prenant en compte les corridors traditionnels	100 %	100 %	100 %	80 %	Plan d'organisation pour les TCC légers adopté au CRT approuvé par l'INESSS et en vigueur pour l'ensemble des établissements. 80 % de nos établissements sont en voie d'obtenir leur statut de conformité.	

5.4 Enjeu 4 : La qualité et l'innovation

Orientation 4.1

Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services

Axe d'intervention : Contrôle des infections nosocomiales

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2014-2015 Objectif	2014-2015 Résultat	2013-2014 Objectif	2013-2014 Résultat	Commentaires
1.01.19.1 PS et EG	Pourcentage des CHSGS ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis – diarrhées associées au Clostridium difficile	90 %	90 %	90 %	90 %	90 %	
1.01.19.2 PS et EG	Pourcentage des CHSGS ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis – bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline	90 %	90 %	90 %	90 %	100 %	
1.01.19.3 PS et EG	Pourcentage des CHSGS ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis – bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs	90 %	90 %	100 %	90 %	100 %	
PS	Pourcentage des établissements ayant amorcé des travaux d'implication du DCI (projet régional d'optimisation)	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	2013-2014 : Dossier d'affaire déposé au MSSS pour approbation
PS	Pourcentage des GMF et nombre de cliniques privées où le DME est implanté (dossier régional électronique)	100 % des GMF et la majorité des cliniques privées		76 % des installations GMF/UMF (58/76) 14 % des installations cliniques médicales (33/222)		59 % des installations GMF (45/76) 8 % des installations cliniques médicales (23/291)	

5.5 Enjeu 5 : L'attraction, la rétention et la contribution optimale du personnel

Orientation 5.1

Assurer l'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre qualifiée

Axe d'intervention : Disponibilité de la main-d'œuvre médicale

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2014-2015 Objectif	2014-2015 Résultat	2013-2014 Objectif	2013-2014 Résultat	Commentaires
1.09.28 PS	Niveau d'atteinte des PREM (par rapport aux postes autorisés en établissement) en médecine spécialisée par catégorie de régions	80 %	80 %	91 %	80 %	88 %	
1.09.29 PS	Niveau d'atteinte des cibles de recrutement de nouveaux médecins aux PREM en médecine familiale par catégorie de régions	80 %	80 %	100 %	80 %	100 %	
PS	Plan quinquennal d'effectifs en médecine spécialisée par territoire de RLS et pour l'hôpital Charles-Le Moyne et les établissements régionaux	80 %	80 %	n.d.	80 %	90 %	Indicateur = nombre de territoires ayant recruté 70 % des postes autorisés au PEM en médecine spécialisée.
PS	Plan régional d'effectifs en médecine générale (assurer une répartition équitable de nouveaux médecins de famille dans tous les territoires de la Montérégie)	100 %	100 %	n.d.	80 %	100 %	Indicateur = nombre de territoires ayant recruté 70 % des postes de nouveaux facturants.

Axe d'intervention : Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2014-2015		2013-2014		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
3.05.01 PS et EG	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	5,33 % (diminution de 10 %)	5,33 %	4,74 %	5,44 %	5,1 %	
3.05.02 PS et EG	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par le personnel réseau	3,37 % (diminution de 10 %)	3,37 %	3,10 %	3,44 %	3,17 %	
3.06.01 PS et EG	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières	2,97 % (diminution de 40 %)	2,97 %	2,20 %	3,33 %	3,71 %	
3.06.02 PS et EG	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	1,46 % (diminution de 40 %)	1,46 %	0,61 %	1,7 %	1,08 %	
3.06.03 PS et EG	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	1,16 % (diminution de 25 %)	1,16 %	0,28 %	1,22 %	1,01 %	
3.06.04 PS	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les inhalothérapeutes	0,62 % (diminution de 40 %)	0,62 %	2,22 %	0,71 %	2,18 %	Une situation particulière a contribué au dépassement de l'engagement convenu.
3.08 PS et EG	Pourcentage des établissements et des agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
3.09 PS et EG	Pourcentage des établissements ayant réalisé une démarche de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	100 %	100 %	100 %	100 %	89,5 %	
PS	Mise en œuvre de la stratégie (pour mettre en place un processus régional d'identification des titres d'emploi en vulnérabilité et déployer une stratégie régionale pour augmenter la visibilité et l'attraction)	Oui	Oui	Travaux en continu	Oui	Travaux en continu	

Orientation 5.2

Offrir des conditions de travail et de pratique attractives et valorisantes

Axe d'intervention : Rétention et mieux-être au travail

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2014-2015 Objectif	2014-2015 Résultat	2013-2014 Objectif	2013-2014 Résultat	Commentaires
3.01 PS et EG	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,31 % (diminution de 7,1 %)	6,21 %	6,62 %	5,38 %	6,45 %	
3.10 PS	Pourcentage des établissements ciblés ayant mis en œuvre leur Programme de soutien clinique – Volet préceptorat	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
PS	Pourcentage des établissements ayant mis en œuvre un programme de soutien à la relève professionnelle	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Le projet est implanté dans les établissements.

Orientation 5.3

Soutenir le renouvellement du personnel d'encadrement et l'évolution des pratiques de management

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2014-2015 Objectif	2014-2015 Résultat	2013-2014 Objectif	2013-2014 Résultat	Commentaires
3.11 PS	Pourcentage des cadres supérieurs admis au programme de relève des hors-cadre sur la cible fixée	Déterminer annuellement	*	*	*	*	* En attente des directives ministérielles.
3.12 PS	Pourcentage des projets réalisés au plan 2010-2012 sur l'amélioration des conditions d'exercice et de soutien de cadres	100 %	s.o.	s.o.	100 % (2/2)	100 %	
3.13 PS et EG	Pourcentage des établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	50 %	50 %	66,7 %	42 %	66,7 %	66,7 % des établissements sont en processus d'amélioration du climat de travail, dont 11 établissements promoteurs en santé et 1 établissement qui est en démarche de devenir entreprise en santé. À ce jour, aucun établissement n'est accrédité.
3.14 PS et EG	Pourcentage des établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
PS	Pourcentage des gestionnaires qui pilotent des projets ayant participé au programme de formation	Déterminer annuellement	s.o.	s.o.	75 %	29 cadres en cours de programme.	Fin du programme en 20 3-2014.
PS	Nombre de professionnels admis au programme régional de relève des cadres intermédiaires : 50 annuellement	Déterminer annuellement	50/année	47	50/année	2012-2014 : 35 terminent le programme en janvier 2015. 2013-2015 : 48 en cours de programme.	La proportion du volume est évaluée annuellement avec les DRH 2014-2016 : 55 dossiers en évaluation de potentiel
PS	Nombre de personnes qui ont accédé à un poste de cadre	Déterminer annuellement	*	*		Cadres intermédiaires - 2012-2014 : plus de 50 % de nominations	* Pour les années 2013-2015 et 2014-2016 (cohortes 2 et 3), les données ne sont pas disponibles. Cueillette à venir.

5.6 Enjeu 6 : Une gestion performante et imputable

Orientation 6.1

Améliorer la performance du système de santé et de services sociaux

Axe d'intervention : Optimisation de l'utilisation des ressources

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2014-2015		2013-2014		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
PS	Adoption des orientations concernant les achats regroupés et la standardisation de la radiologie numérique (PACS), du SIP et du DME (projet régional d'optimisation)	s.o.					L'orientation concernant les achats regroupés a été mise de l'avant dans le cadre des projets régionaux, dont la téléphonie IP, les commutateurs, l'acquisition de clients légers, etc.
PS	Analyses du *benchmarking* (intégrer les données sur le suivi financier et la productivité au modèle d'appréciation de la performance utilisé dans la région)	Analyses disponibles pour les 10 CH		Atteint		Atteint	Les projets d'appréciation de la performance commencés en 2014 s'appuient sur le modèle d'appréciation de la performance du MSSS. Ce modèle comprend les dimensions d'efficience et de viabilité qui englobent le suivi financier et la productivité. Cette analyse a été refaite pour l'année qui se termine.

Orientation 6.1

Améliorer la performance du système de santé et de services sociaux (suite)

Axe d'intervention : Performance

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2014-2015 Objectif	2014-2015 Résultat	2013-2014 Objectif	2013-2014 Résultat	Commentaires
PS	Identification et réalisation de portraits d'appréciation de la performance sur une base annuelle[1]	1 ou 2 portraits/an		Atteint (Note 1)	Poursuite des travaux prioritaires.	Atteint	Note 1 : Travaux réalisés durant l'année 2013-2014 : • Analyse de la performance hospitalière en Montérégie – cette analyse a été refaite pour l'année qui se termine.
PS	Production et diffusion des rapports de performance[1]	Selon les portraits réalisés		Atteint Tous les rapports d'appréciation de la performance sont diffusés sur la page extranet de l'Agence.	Travaux diffusés et soutenus auprès des utilisateurs.	Atteint Tous les rapports d'appréciation de la performance sont diffusés sur la page extranet de l'Agence.	Dossier PALV : • Continuité et intensité de services auprès des usagers PALV du soutien à domicile en Montérégie – cette analyse a été refaite pour l'année qui se termine ; • Analyse de la performance des services de soutien à domicile après de la clientèle PALV – cette analyse a été refaite pour l'année qui se termine.

6. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

6.1 Organismes communautaires subventionnés par l'Agence

L'Agence confirme son respect des règles et normes édictées en matière de gestion du MSSS au regard des subventions versées dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC). La conformité aux critères d'admissibilité et d'analyse du programme est vérifiée annuellement pour chacun des organismes subventionnés. Il est à noter que depuis 2012-2013, comme recommandé dans le rapport du Vérificateur général du Québec en 2008-2009, une Convention de soutien financier 2012-2015, harmonisée à l'ensemble du Québec, a été signée avec chaque organisme. Cette dernière précise le financement versé à la mission globale des organismes ainsi que les exigences et conditions habituelles d'utilisation découlant des règles de gestion des fonds publics qui y sont rattachées. Ceci est le fruit d'importants travaux qui ont été réalisés sur le plan national avec la collaboration des regroupements d'organismes communautaires.

Les documents (formulaire de demande, rapport d'activités, rapport financier sous la forme prescrite, etc.) sont transmis par chaque organisme subventionné puis analysés. Depuis la signature des Conventions de soutien financier avec les organismes, des formulaires abrégés et longs (aux trois ans) sont dorénavant harmonisés dans toutes les régions du Québec. Les organismes communautaires sont, au besoin, visités par l'Agence. Les organismes présentant des problèmes de conformité à l'un ou l'autre des critères font l'objet d'un suivi particulier.

Les renseignements fournis aux rapports annuels des organismes démontrent que les principales clientèles desservies sont les personnes souffrant de problèmes de santé mentale, les femmes victimes de violence, les jeunes en difficulté, les personnes âgées en perte d'autonomie, les personnes souffrant de dépendances ou de déficiences. Les principaux services et activités sont l'accueil et la référence, la relation d'aide, l'hébergement temporaire et, plus spécifiquement pour les personnes âgées, le transport bénévole, la livraison de repas à domicile (popote roulante) et le répit aux aidants naturels. Quant à la pauvreté affectant toutes ces clientèles, divers services visant la sécurité alimentaire sont offerts par plusieurs organismes.

L'Agence a reçu la confirmation quant à la récurrence du montant 275 081 $ pour les organismes œuvrant en sécurité alimentaire. Ce dernier était versé de façon non récurrente au cours des trois dernières années.

6.1.1 Allocation annuelle

L'Agence a financé, par l'intermédiaire de plusieurs programmes, 451 organismes pour un total de 72 296 677 $, dont 67 062 818 $ ont été alloués aux organismes communautaires admis au PSOC et 5 233 859 $ à d'autres OSBL. Ces derniers ne sont pas admis au PSOC, mais répondent aux critères d'autres programmes de l'Agence.

De ces 451 organismes, 400 ont reçu un financement pour leur mission globale, c'est-à-dire un financement de 64 181 716 $.

Tableau 10

Allocations accordées aux organismes communautaires et autres OSBL

Allocations - Organismes communautaires admis	Subventions 2014-2015	Subventions 2013-2014
PSOC et autres programmes		
Mission globale	64 181 716 $	63 134 721 $
Entente spécifique	235 260 $	233 384 $
Projet ponctuel	2 645 842 $	3 286 820 $
Total - Organismes admis	**67 062 818 $**	**66 654 925 $**
Autres OSBL	5 233 859 $	4 695 852 $
GRAND TOTAL	**72 296 677 $**	**71 350 777 $**

6.1.2 Indexation

Le budget disponible aux fins d'indexation des subventions a été de 596 583 $ correspondant à 0,9 % des crédits alloués aux organismes communautaires pour l'année précédente. La pleine indexation a été accordée aux organismes communautaires à la suite de la directive du MSSS à ce sujet, pour les volets mission globale et entente de service (PSOC), en plus des projets soutenus par les budgets de la direction de la santé publique. Un montant de 562 517 $ a donc été versé en indexation pour les organismes communautaires. Le solde de 34 066 $ provient de la non-indexation d'organismes dissouts, en suivi de gestion ou ayant de grands surplus.

Tableau 11

Indexation et crédits accordés aux organismes communautaires

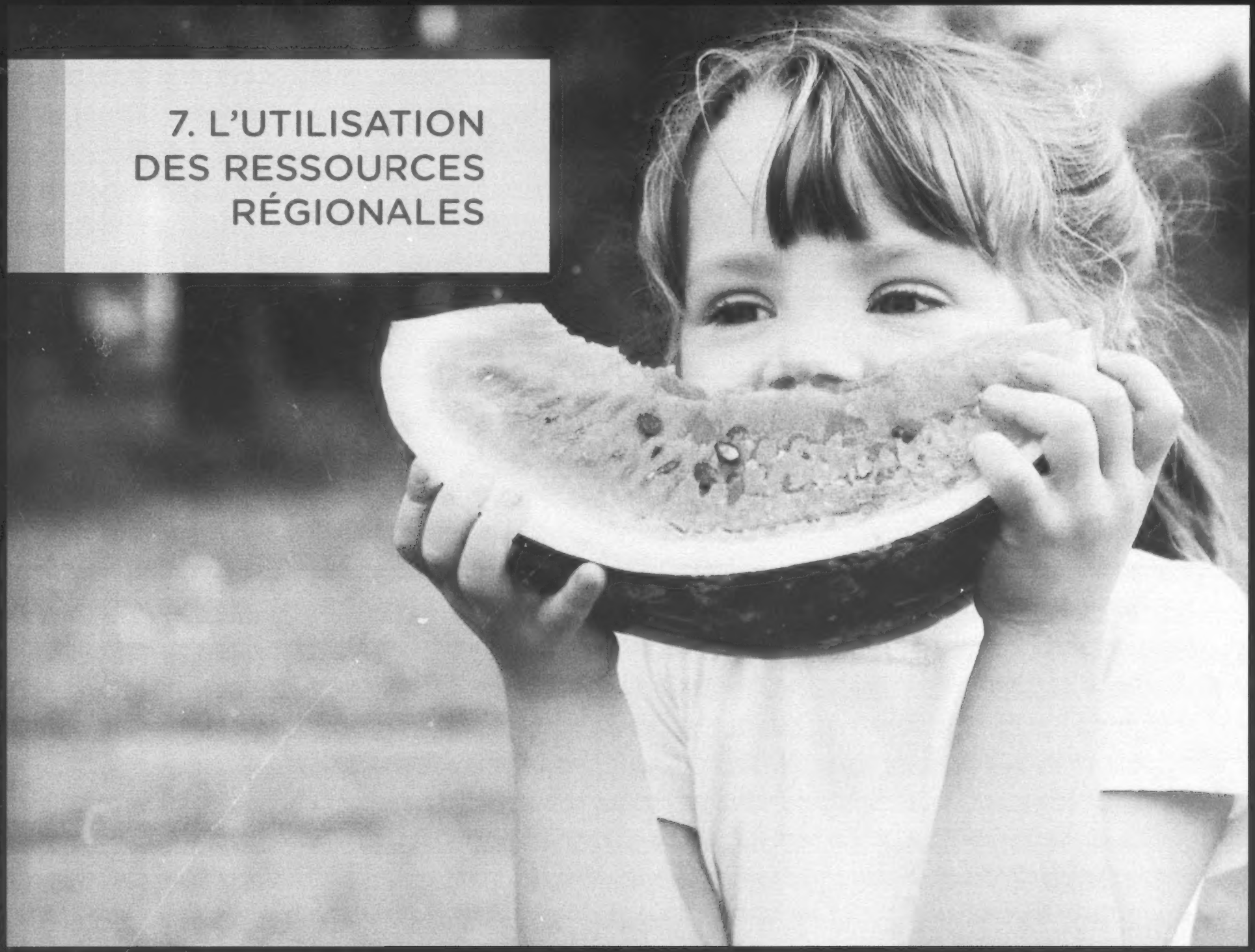
	2014-2015	2013-2014
Montant du budget d'indexation	596 583 $	1 032 791 $
Pourcentage équivalant au total des crédits alloués l'année précédente	0,9 %	1,6 %
Taux d'indexation versé aux organismes recevant un financement SOC, volet mission globale, de plus de 20 000 $	0,9 %	1,6 %
Montant ou taux versé aux organismes recevant un financement SOC, volet mission globale, de moins de 20 000 $	0,9 %	1,6 %
Montant total de l'indexation allouée	562 517 $	1 024 506 $
Solde au budget d'indexation utilisé pour soutenir les organismes fragilisés	34 066 $	8 285 $
Crédits additionnels (% équivalent des budgets de développement des programmes-services)	0 %	0 %

Note : En 2014-2015, l'indexation n'a pas été allouée à certains organismes dissouts, qui avaient des surplus ou qui étaient en suivi de gestion.

6.1.3 Itinérance – toxicomanie

Dans le cadre du plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020, 100 000 $ pour la consolidation d'une ressource d'hébergement d'urgence ont été alloués. Aussi, conformément aux orientations du MSSS, avec un financement fédéral de près de 2 M$, 23 organismes ont poursuivi leurs activités et 4 projets visant la stabilité résidentielle auprès de personnes en situation d'itinérance chronique et épisodique ont été développés.

7. L'UTILISATION DES RESSOURCES RÉGIONALES



7.1 Ressources financières

7.1.1 Budget régional

L'enveloppe régionale de crédits de la Montérégie a augmenté de 5,4 % au cours de l'exercice 2014-2015 pour atteindre 2 497 583 293 $. De cette enveloppe, 2 308 095 766 $ ont été alloués aux établissements de la région. Ce montant inclut le budget net de fonctionnement des établissements de 2 273 129 899 $ ainsi que les budgets associés aux produits sanguins et aux activités accessoires pour un total de 34 965 867 $.

	2014-2015	2013-2014
Enveloppe régionale	2 497 583 293 $	2 369 715 071 $
Enveloppe allouée aux établissements	2 308 095 766 $	2 191 450 884 $

7.1.2 Objectif de retour à l'équilibre budgétaire (établissements publics)

Des réductions budgétaires de l'ordre de 41 M$ se sont ajoutées à notre sous-financement relatif (écart entre le financement historique et attendu) évalué à plus de 136 M$ pour 2014-2015. Les réductions budgétaires sont composées des efforts d'optimisation de 16 268 700 $ et de l'évaluation des réductions du taux d'indexation générale, de l'indexation spécifique des médicaments et fournitures médicales et chirurgicales, des tarifs du programme d'accès à la chirurgie et des tarifs facturables interprovinciaux et aux tiers responsables.

Dans ce contexte économique de plus en plus restreint, tous les établissements ont dû redoubler d'efforts pour maintenir l'équilibre budgétaire et assurer l'accessibilité et la qualité des services. Plusieurs établissements ont fait l'objet d'un suivi périodique rigoureux, de plans de redressement, de rencontres régulières, de nombreux échanges avec le MSSS et dans certains cas, de mesures d'accompagnement et de financement d'appoint. Tous les établissements ont pu maintenir l'équilibre budgétaire sauf le CSSS du Suroît aux prises avec des débordements sans précédent à l'urgence et un manque croissant de ressources d'hébergement ainsi que des lits de courte durée pour desservir le territoire de Vaudreuil-Soulanges.

Par ailleurs, à la suite de l'adoption et de la mise en œuvre de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales au 31 mars 2015, les établissements ont dû comptabiliser des indemnités et congés relatifs à l'abolition des postes cadres et hors-cadres sans autre financement.

Ainsi, l'année se solde par un déficit régional d'exploitation des établissements publics de 2 103 669 $ alors que l'entente de gestion prévoyait l'équilibre budgétaire. Ce résultat inclut treize établissements qui présentent des surplus de 11 583 964 $ et cinq établissements qui présentent des déficits de 9 480 295 $. Outre le déficit du CSSS du Suroît, en partie attribuable à sa situation financière, les déficits sont tous attribuables aux dépenses additionnelles découlant de l'adoption et de la mise en œuvre du projet de loi 10.

Par conséquent, de quatre établissements qui prévoyaient résorber une partie des écarts à la cible ou déficits cumulés s'élevant à 9 305 489 $ l'an dernier, nous passons à sept établissements qui présentent des écarts à la cible ou déficits cumulés de 12 652 277 $ au 31 mars 2015.

7.1.3 Autorisations d'emprunts temporaires accordées aux établissements publics

Au 31 mars 2015, les emprunts temporaires pour le paiement des dépenses courantes de fonctionnement autorisés par le MSSS sont de 61 800 000 $ et ceux reliés aux dépenses en immobilisations autorisés par l'Agence sont de 13 008 494 $, dont 7 827 431 $ sont reliés à des projets autofinancés par des économies d'énergie. Les emprunts réels utilisés sont de 14 436 211 $ pour les

dépenses de fonctionnement et de 4 670 893 $ pour les dépenses en immobilisations.

Pour les autorisations d'emprunts temporaires reliés aux projets autofinancés par des économies d'énergie, l'Agence doit obtenir en tout temps, une autorisation ministérielle au préalable. Pour les autres autorisations d'emprunts reliés aux dépenses en immobilisations, l'Agence doit obtenir une autorisation ministérielle au préalable lorsque les limites suivantes sont dépassées :

- le plafond régional de 10 950 000 $;
- le projet soumis nécessite un emprunt supérieur à 750 000 $;
- la période de l'emprunt s'étend sur une durée supérieure à 5 ans.

Les autorisations ministérielles ont été obtenues lorsque requises.

7.1.4 Développement 2014-2015 (base annuelle)

Un montant de 2 719 900 $ a été attribué à notre région à titre de coût de système spécifique pour le volet « médicaments et fournitures médicales et chirurgicales ». Également, un montant de 13 673 100 $ a été attribué à notre région pour diminuer les écarts sur l'équité interrégionale. Par contre, un effort de 3 356 500 $ en mesures administratives et de 12 912 200 $ en mesures d'optimisation a été exigé des établissements publics de notre région.

Des crédits de 5 500 000 $ ont été accordés pour financer l'achat de services d'hébergement et de soins de longue durée de 66 places en mode de partenariat public-privé (PPP) sur le territoire du CSSS Haut-Richelieu-Rouville.

Un budget de fonctionnement de 2 500 000 $ a été accordé au CSSS Champlain—Charles-Le Moyne à la suite de l'ouverture d'une deuxième salle d'hémodynamie en Montérégie, dans le cadre du rapatriement des clientèles de Montréal.

Le MSSS a aussi accordé un montant de 194 000 $ pour augmenter le nombre d'échographies générales effectuées dans notre région, un budget de 200 000 $ pour augmenter les services de sages-femmes offerts par le CSSS Haut-Richelieu-Rouville et, un montant de 411 400 $ au bénéfice du Centre montérégien de réadaptation, en compensation de la décroissance significative des revenus de tiers payeurs, principalement causée par l'amélioration du bilan routier.

7.2 Effectifs du réseau et ressources humaines

7.2.1 Planification de la main-d'œuvre et stratégies d'attraction

La planification de la main-d'œuvre est un levier important dans notre réseau, surtout lorsque l'on prend en compte le départ à la retraite de baby-boomers et la réduction du bassin de main-d'œuvre qualifiée disponible. Plusieurs catégories d'emplois et titres d'emplois deviennent alors vulnérables. Une démarche régionale est proposée depuis quelques années et vise à :

- effectuer l'état de situation pour les titres d'emploi les plus en demande;
- identifier les causes de la pénurie;
- émettre des recommandations quant aux meilleures pratiques à mettre en place dans les établissements ou dans la région, dans le but d'attirer une main-d'œuvre qualifiée et de mobiliser les ressources en place;
- élaborer des stratégies et des moyens afin d'augmenter la visibilité et l'attraction pour les emplois vulnérables;
- collaborer avec les établissements afin d'établir un plan d'action régional.

L'analyse des plans prévisionnels des effectifs des établissements et des plans d'action locaux visent à mieux cerner les problématiques particulières à chaque établissement et à dégager les tendances

régionales, connaître les besoins futurs en main-d'œuvre et permettre une meilleure collaboration de l'ensemble des partenaires. L'état de situation régional au 31 mars 2014 a d'ailleurs permis de faire ressortir quelques constats qui ont influencé les orientations stratégiques, les efforts et les activités régionales 2012-2015 dont principalement les activités de visibilité.

Depuis plusieurs années, des activités de visibilité régionale ont été réalisées auprès des étudiants, des stagiaires, des finissants et des chercheurs d'emploi. Cette année, la campagne de visibilité sous le thème « La Montérégie, ça t'avantage ! » a permis d'offrir une vitrine Web fort intéressante avec la création d'un microsite et une visibilité accrue grâce à l'achat de mots clés sur Internet. Le microsite avait pour objectif de mettre en lumière les nombreux avantages de vivre et de travailler en Montérégie dans le réseau de la santé. La collaboration de plusieurs partenaires du réseau de la santé et des services sociaux (centres locaux d'emploi, écoles secondaires et professionnelles, cégeps et universités du territoire et limitrophes) a été sollicitée, afin qu'ils puissent soutenir la visibilité et la promotion des emplois dans le réseau de la santé en Montérégie.

Des mécanismes de concertation avec des partenaires sur le plan régional, tels que le ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport (MELS) et Emploi-Québec, se poursuivent afin de soutenir des projets novateurs permettant la réduction de la pénurie de main-d'œuvre dans certains secteurs plus vulnérables. La mise en place de ces projets vise, entre autres, à accroître le nombre de diplômés et à assurer au secteur de la santé et des services sociaux une main-d'œuvre qualifiée. Des efforts particuliers sont en cours dans la région afin d'intéresser les jeunes aux métiers d'avenir en formation professionnelle et technique. Un comité de concertation réunissant l'Agence, le MELS et Emploi-Québec a été mis sur pied dans la région afin d'effectuer des démarches de promotion et de valorisation des métiers et des programmes de formation pour lesquels des pénuries de main-d'œuvre sont appréhendées en Montérégie.

7.2.2 Développement des compétences (réseau)

Formation en ligne

Un groupe de travail formé de représentants d'établissements a évalué les possibilités d'offrir des formations en ligne en remplacement de certaines formations en classe offertes actuellement. Un premier projet pilote de formation en ligne portant sur la prévention des infections a été réalisé et évalué par le comité. Une analyse est en cours afin de nous doter d'une plateforme régionale pour 2014-2015.

Coordination des stages en soins infirmiers

Le comité régional de gestion des stages a entrepris de faire la mise à jour du cadre opérationnel entourant la gestion et la coordination des stages dans le domaine des soins infirmiers. Le nouveau cadre opérationnel prend maintenant en compte que les établissements de santé et d'éducation utilisent un logiciel commun (HSPnet) qui permet d'informatiser le processus des demandes de stages. De plus, il permet de clarifier l'ordre de priorisation des demandes de stages et d'uniformiser les processus pour l'ensemble des partenaires.

Sommaire des activités de développement des compétences

Le tableau ci-dessous présente les principales actions du développement des compétences effectuées à l'intérieur de chacun des programmes-clientèles ou continuums de services.

Tableau 12

Développement des compétences réseau – bilan statistique 2014-2015

Programmes-services (clientèle cible)	Participants/programmes	
	2014-2015	2013-2014
Déficience intellectuelle TED-autisme		
Parents, proches et famille élargie, intervenants des organismes communautaires	127	146
Dépendances		
Intervenants en toxicomanie	n/a	142
Jeunes en difficulté		
Équipes intervention jeunesse, responsables de l'encadrement clinique des intervenants jeunesse, cliniciens-experts/animateurs et partenaires désignés dans les RLS, coordonnateurs EIJ	1 056	2 156
Perte d'autonomie liée au vieillissement		
Professionnels, infirmières, infirmières auxiliaires, infirmières cliniciennes, intervenants, gestionnaires	1 228	671
Santé mentale des adultes		
Intervenants et conseillers cliniques des RLS, établissements régionaux, organismes communautaires, scolaires, cégeps, policiers et programme CAFE	135	730
Autres formations		
Intervenants, personnes ressources auprès du curateur public, formateurs, cadres formés, gestionnaires, intervenants psychosociaux et membres des CA des organismes communautaires, personnel des établissements	581	1 146
TOTAL DES PARTICIPANTS	**3 127**	**4 849**

7.2.3 Développement des compétences des cadres

Programme régional de relève des cadres intermédiaires

Les établissements et l'Agence ont développé, en 2011, un programme régional de relève des cadres intermédiaires basé sur un profil régional constitué de neuf compétences de gestion. Ce programme vise à permettre aux établissements du réseau et à l'Agence de préparer la relève, tant sur les plans de la qualité que de la quantité, et à créer un bassin régional de candidats à haut potentiel facilitant le recrutement actuel et futur. Le programme offre aux candidats retenus un microprogramme de formation de 1er ou 2e cycle en gestion avec l'Université de Montréal, de même que deux séminaires régionaux. Voici un aperçu du volume de candidatures depuis le début du démarrage du programme :

Cohorte	Inscription au micro-programme de 1er cycle	Inscription au micro-programme de 2e cycle	Candidatures exemptées des micro-programmes	Volume total de candidatures au programme
2012-2014	Micro-programme non disponible	26 candidats	10 candidats	36 candidats
2013-2015	16 inscriptions	28 candidats	9 candidats	53 candidats
2014-2016	6 inscriptions	31 inscriptions	9 candidats	46 candidats

Programme à l'intention des nouveaux cadres

Plus de 50 nouveaux gestionnaires promus ou nommés dans une fonction de cadre depuis moins de 2 ans et gérant du personnel ont participé au programme régional à l'intention des nouveaux cadres en 2013-2014 pour un total de 750 depuis les cinq dernières années.

7.2.4 Organisation du travail

Projet d'implantation de l'approche *Lean Healthcare Six Sigma*

Le *Lean* est une démarche d'amélioration continue basée sur la participation des employés. Les personnes sur le terrain identifient les problèmes et les pistes d'amélioration, proposent des solutions et s'impliquent dans leur implantation. L'accent est mis sur les besoins des clients et vise, entre autres, la réduction des délais et l'élimination du gaspillage.

Basé sur le modèle développé par l'entreprise Toyota, le *Lean* est adapté au réseau de la santé, puisque c'est une méthode qui permet de s'interroger sur la valeur ajoutée pour le client (usagers et clients de l'interne), d'un ou de plusieurs processus. Il s'agit de repenser les façons de faire en misant sur l'amélioration continue de l'efficacité et de l'efficience du travail effectué.

Le CSSS Jardins-Roussillon a été sélectionné dans la première vague d'appel de candidatures lancée par le MSSS afin de soutenir l'implantation du *Lean* dans le réseau de la santé. Au terme de sa démarche, il aura réalisé 10 projets *Lean* à l'intérieur de son organisation.

À la suite de cette première vague de projets, le Ministère lançait une deuxième vague en 2013, où il ciblait des établissements qui avaient :

- amorcé plusieurs projets;
- inscrit des changements à leur structure et débuté des modifications tangibles à leurs pratiques de gestion;
- resitué l'usager au coeur de leur vision et de toutes les décisions et changements;
- développé un niveau de maturité *Lean* élevé.

C'est le CSSS Haut-Richelieu–Rouville qui a été retenu et qui a reçu une subvention étalée sur deux ans (2013-2014/2014-2015) en vue d'accélérer l'avancement de ses projets et de développer une véritable culture *Lean* dans son établissement.

7.2.5 Appels de projets des comités interrondes

Dans le cadre de la dernière ronde de négociations des conventions collectives, les parties ont formé un comité paritaire national intersyndical afin de faire des recommandations au MSSS quant à la mise en place de projets d'organisation du travail. Les établissements de la Montérégie ont répondu aux neuf appels de projets lancés par le MSSS.

Détail des projets en Montérégie	Sous-total par appel de projets	
	Projets individuels	**Projets régionaux**
Appel de projets visant la réduction du recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI) et au temps supplémentaire (TS)	17	-
Appel de projets visant le personnel de la catégorie IV		
• volet - réadaptation	5	-
• volet - psychosocial	1	-
Appel de projets visant les salariées œuvrant auprès des bénéficiaires en CHSLD		
• volet - développement des compétences	1	-
• volet - accueil et intégration	2	-
• volet - organisation du travail	2	2
Appel de projets visant le personnel travaillant auprès de la clientèle présentant des troubles graves du comportement (TGC)	5	-
TOTAL DES PROJETS	**33**	**2**

Ces projets ont une durée de 12 mois pour les projets individuels et de 18 mois pour les projets régionaux. Alors que les établissements qui avaient participé au premier lancement d'appel de projets du MSSS ont terminé en mai 2014, d'autres ont vu se finir leur projet entre l'automne 2014 et l'hiver 2015. Notons que les 2 projets régionaux et les 15 établissements qui ont participé aux derniers appels de projets se terminaient le 30 mars 2015.

7.2.6 Projet d'organisation du travail pour les pharmaciens d'établissements de santé

Le projet régional d'organisation du travail pour les pharmaciens d'établissements de santé s'est aussi terminé en mars 2015.

7.3 Immobilisation et équipements de technologie médicale

7.3.1 Les enveloppes régionalisées

En 2014-2015, plus de 76,2 M$ ont été distribués aux établissements de la région afin de maintenir en bon état le parc immobilier et d'équipements, de réduire le déficit d'entretien des immeubles et de réaliser des projets améliorant la fonctionnalité des installations ainsi que d'autres projets spécifiques.

Tableau 13

Enveloppes budgétaires 2014-2015

Enveloppes	Budget 2013-2014
Maintien d'actifs – Immobilisations	19 949 057 $
Maintien d'actifs – Résorption du déficit d'entretien	10 591 587 $
Maintien d'actifs – Équipements médicaux	20 472 578 $
Allocation compensatoire – Équipements médicaux	1 130 370 $
Efficacité énergétique – CSSS Jardins-Roussillon	700 323 $
Maintien d'actifs – Équipements non médicaux et mobilier	5 699 198 $
Dépenses de nature capitalisable	2 000 000 $
Rénovations fonctionnelles mineures en CHSLD	3 636 000 $
Rénovations fonctionnelles mineures excluant les CHSLD	5 965 124 $
Fonds équipements – CSSS de Vaudreuil-Soulanges	3 458 000 $
Fonds équipements – Hémodynamie CSSS Champlain-Charles-Le Moyne	2 000 000 $
UMF – CSSS Haut-Richelieu – Rouville	624 000 $
Équipement table chauffante – CSSS Pierre-De Saurel	10 050 $
TOTAL	**76 236 487 $**

7.3.2 Les projets de construction et d'acquisition d'équipement de plus de 500 000 $

Plusieurs projets majeurs d'investissement sont présentement à l'étude ou en phase d'exécution. Les projets en phase étude totalisent 178 M$ alors que les projets en phase exécution représentent un investissement total de 182,2 M$.

Pour ce qui est des projets en phase exécution, on notera l'important projet de réaménagement et d'agrandissement de l'unité d'urgence de l'Hôpital Charles-Le Moyne, pour lequel l'établissement a procédé à un appel d'offres et débuté les travaux. La mise en service de la nouvelle urgence est prévue pour l'automne 2015. Par ailleurs, les travaux du projet d'agrandissement majeur de l'urgence du CSSS Haut-Richelieu–Rouville ont débuté lors de l'exercice 2014-2015. L'échéancier prévoit une mise en services de ces nouvelles installations en avril 2017. L'Hôpital Kateri Memorial a également réalisé son appel d'offres pour son projet d'agrandissement et de réaménagement et les travaux seront entrepris lors du prochain exercice.

Les travaux pour l'aménagement de la nouvelle salle d'hémodynamie de l'Hôpital Charles-Le Moyne ont été réalisés au cours de l'année. Le premier patient a été reçu le 26 mai 2014. Rappelons que ce projet a permis le transfert des activités et des ressources se rattachant à l'une des salles d'hémodynamie du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) vers ces nouveaux locaux aménagés à l'Hôpital Charles-Le Moyne (CSSS Champlain–Charles-Le Moyne).

Finalement, les travaux en lien avec le rapatriement de la clientèle de la région 514 vers la Montérégie se sont poursuivis. Au total, près de 51 M$ seront investis en immobilisation et en équipements. Le projet, qui s'échelonne sur quatre phases, est financé à parts égales par le MSSS et l'Agence, à même les enveloppes régionales d'immobilisation. Des marges d'emprunt totalisant 12,6 M$ ont été octroyées par le MSSS à ce jour, et ce, afin d'entreprendre les projets. Notons que plusieurs projets sont complétés, d'autres ont été mis en chantier et quelques projets sont actuellement à l'étape de la planification.

Tableau 14

Projets majeurs d'investissement

Établissement	Projet	Budget prévu *	
		Étude	Exécution
CSSS Champlain-Charles-Le Moyne	Agrandissement de l'urgence de l'Hôpital Charles-Le Moyne		46,4 M$
	Installation d'un TEP	5,6 M$	
CSSS du Suroît	Projet transitoire	8,1 M$	11,3 M$
CSSS Haut-Richelieu–Rouville	Hôpital du Haut-Richelieu : transfert et agrandissement de l'urgence, soins intensifs, laboratoires, bloc opératoire et chirurgie d'un jour		94,8 M$
Kateri Memorial Hospital Center	Agrandissement et réaménagement		29,7 M$
CSSS Pierre-Boucher	Agrandissement et réaménagement de l'urgence	115,0 M$	
CSSS Richelieu-Yamaska	Agrandissement de l'urgence	32,7 M$	
CSSS de la Haute-Yamaska	Centre mère-enfant et soins intensifs	16,6 M$	
	TOTAL	**178 M$**	**182,2 M$**

* Budget global, sans tenir compte des sources de financement

Plusieurs projets de construction de plus de 1 M$ et d'acquisition d'équipements de plus de 500 000 $ ont totalisé plus de 18,1 M$.

Tableau 15

Projets de construction régionalisés de plus de 1 M$

Établissement	Titre du projet	Coût
CSSS Champlain-Charles-Le Moyne		
Hôpital Charles-Le Moyne	Réfection de l'enveloppe aile D	2 621 118 $
CSSS du Suroît		
Hôpital du Suroît	Mise à niveau 2015-2020 – Réaménagement UHB et UIB en psychiatrie	1 163 750 $
Hôpital du Suroît	514-450, phase 3 – étape 2 - Réaménagement de 19 lits additionnels	1 319 720 $
CSSS Pierre-Boucher		
Hôpital Pierre-Boucher	Remplacement des disjoncteurs - phase 1	1 148 000 $
Hôpital Pierre-Boucher	Réfection entrée principale et sud du centre ambulatoire	1 136 857 $
CSSS Pierre-De Saurel		
Hôtel-Dieu de Sorel	Sécurité - incendie	1 425 701 $
CSSS Richelieu-Yamaska		
Hôpital Honoré-Mercier	Solution transitoire – Unité d'intervention et d'hospitalisation et rehaussement de l'aire de choc	1 000 000 $
Centre montérégien de réadaptation		
	Réfection maçonnerie et escalier	1 798 351 $
	TOTAL	**11 613 497 $**

Tableau 16

Projets d'acquisition d'équipements de plus de 500 000 $

Établissement	Titre du projet	Coût
CSSS Pierre-De Saurel		
Hôtel-Dieu de Sorel	Caméra gamma avec ordinateur	800 000 $
Hôtel-Dieu de Sorel	Système de radioscopie	600 000 $
CSSS La Pommeraie		
Hôpital B-M-Perkins	Appareil numérique de radiofluoroscopie	599 471 $
CSSS Champlain-Charles Le Moyne		
Hôpital Charles-Le Moyne	Appareils d'anesthésie (11) - bloc opératoire	660 000 $
Hôpital Charles-Le Moyne	Salle de fluoroscopie	850 000 $
Hôpital Charles-Le Moyne	Salle d'hémodynamie	1 684 460 $
CSSS Pierre-Boucher		
Hôpital Pierre-Boucher	Caméra gamma (forte)	1 319 482 $
	TOTAL	**6 513 413 $**

7.4 Ressources informationnelles réseau

Le secteur des ressources informationnelles de l'Agence s'est engagé à respecter le cadre de la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement (L.R.Q., c.G-1.03, a.14 et a.15), dont en découlent le « Plan global des ressources informationnelles » (PGRI) ainsi que des projets d'optimisation identifiés à l'Entente de gestion et d'imputabilité 2014-2015.

Le PGRI, établi dans la circulaire 2012-021 (03.02.30.15), détermine les conditions et les modalités relatives aux outils de gestion des projets et aux activités en ressources informationnelles. Ce cadre de gestion détermine, entre autres, les rôles, les responsabilités et les dates de production par les établissements et les agences des

différents livrables à l'aide de l'application informatique « Actifs+Réseau ». Un processus à deux niveaux (régional et national) est en place afin d'évaluer l'ensemble des projets ainsi que les activités de continuité et d'encadrement pour leur autorisation.

Ces livrables sont :

- **Une Planification triennale des projets et activités en ressources informationnelles (PTPARI)** – Prévision, pour les trois années subséquentes à l'exercice financier en cours, de tous les besoins en ressources humaines, matérielles et financières, ainsi qu'en ressources informationnelles tant pour les projets que les activités de continuité et d'encadrement. Pour l'élaboration de la PTPARI au 31 mars 2015 (qui concerne les prévisions 2016-2019), vu le contexte créé par la nouvelle Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, nous nous sommes limités à planifier uniquement les activités de continuité et d'encadrement. Les nouveaux projets seront ajoutés une fois les nouvelles structures en place.
- **La Programmation annuelle des projets et activités en ressources informationnelles (PARI)** – Ventilation complète de toutes les sommes prévues à être consacrées aux projets et aux activités de continuité et d'encadrement au cours de l'exercice financier visé. Pour la planification de la PARI 2015-2016, nous avons ajusté les sommes allouées aux activités de continuité et d'encadrement, et nous avons fermé les projets terminés. Aucun nouveau projet n'est ajouté dans cette programmation annuelle.
- **L'État de santé des projets (ESP)** – Déclaration quadrimestrielle de l'état des projets de plus de 100 000 $ en cours de réalisation, d'implantation ou de rodage. Pendant la période 2014-2015, les établissements ont fait des efforts appréciables pour améliorer l'état de santé de leurs projets. Seulement trois projets sont déclarés relativement en difficulté. Un suivi est assuré avec les établissements concernés.
- **Le Bilan annuel des réalisations et bénéfices réalisés (BARRI)** – Ventilation complète en termes de résultats de l'ensemble des projets en cours et ceux terminés au 31 mars de chaque année financière avec justification des écarts. Un premier exercice s'est terminé le 15 février 2015.

En ce qui concerne les projets d'optimisation, voici l'état d'avancement des principaux projets visant les ressources informationnelles en Montérégie.

7.4.1 Informatisation du réseau – DSQ – DCI – DMÉ

L'Agence participe à l'intégration et à la circulation de l'information clinique selon trois niveaux d'intervention : le Dossier Santé Québec (DSQ), les dossiers cliniques informatisés (DCI) et les dossiers médicaux électroniques (DMÉ) :

- **Dossier Santé Québec (DSQ)** – Cet actif national a pour but de permettre la circulation sécuritaire de l'information clinique sur l'ensemble du territoire québécois, notamment pour les domaines d'imagerie diagnostique, la liste des médicaments communautaires et les résultats de laboratoires. Une équipe régionale, dédiée au déploiement de cet actif, accompagne et orchestre le déploiement du visualiseur DSQ de manière sécurisée, auprès de la 1re ligne en CSSS, des groupes de médecine familiale et des cliniques médicales en Montérégie.
- **Dossier clinique informatisé (DCI)** – L'Agence a déposé auprès du MSSS l'ensemble des travaux en lien avec l'élaboration et la préparation d'un appel d'offres régional pour favoriser l'acquisition et l'implantation d'une solution régionalisée de DCI et interopérable avec le DSQ. Plusieurs étapes de validation ont été franchies à ce jour.
- **Dossier médical électronique (DMÉ)** – L'Agence soutient ses médecins dans l'implantation du Programme québécois d'adoption des dossiers médicaux électroniques (PQADMÉ), pour les

GMF de la région, en s'assurant de l'interopérabilité avec le DSQ ainsi que de l'accessibilité des résultats de laboratoires électroniquement.

7.4.2 Regroupement des centres de traitement informatique (CTIR)

Le dossier d'affaires est complété et déposé auprès du MSSS en lien avec ce projet d'optimisation pour la mise en place, à moyen et long terme, d'une infrastructure régionale optimale, redondante et sécuritaire ayant pour objectif un accroissement des niveaux de services, la mise en commun d'expertises, la réduction des coûts d'exploitation et l'enrichissement des compétences autour des meilleures pratiques en matière de gestion des services TI.

Cette démarche nécessite certaines transformations organisationnelles et une révision des processus de travail.

L'Agence travaille en collaboration avec le MSSS et les établissements dans ce projet d'envergure afin d'assurer son avancement.

7.4.3 Maintien des actifs dédiés aux ressources informationnelles

Le Cadre de gestion sur le maintien des actifs informationnels a pour but de renforcer la sécurité du réseau informatique et de répondre, en partie, aux besoins engendrés par la désuétude des postes de travail et des serveurs dans les établissements. Une enveloppe de 2,4 M$ a été octroyée par le MSSS pour l'ensemble des établissements de la région pour l'exercice 2013 2014. Pour 2014-2015, la confirmation du MSSS n'a pas encore été reçue.

8. SATISFACTION ET PLAINTES

Le régime d'examen des plaintes permet à une personne d'exprimer son insatisfaction ou de déposer une plainte à ce sujet. Il s'inscrit dans la Loi sur les services de santé et des services sociaux (LSSSS) et les mandats du commissaire aux plaintes et à la qualité des services y sont clairement indiqués : protéger les droits des usagers ou préserver et améliorer la qualité des services dispensés.

8.1 La commissaire régionale de l'Agence

La commissaire régionale aux plaintes et à la qualité des services (CRPQS) assure le traitement des plaintes adressées aux organismes communautaires, aux résidences privées d'hébergement, aux résidences privées pour aînés, aux services préhospitaliers d'urgence et à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Cette année, 1 062 dossiers ont été traités : 89 plaintes, 41 interventions, 688 assistances et 244 consultations. Cela représente une diminution comparativement à l'année dernière pendant laquelle 1 338 dossiers avaient été traités.

Les personnes qui ont interpellé la commissaire ont manifesté 348 motifs d'insatisfaction qui ont généré l'ouverture d'un dossier de plainte ou une demande d'intervention. À la suite de l'investigation, 324 d'entre eux étaient recevables. La majorité des motifs était en lien avec l'organisation du milieu et les soins et services dispensés. Après enquête, 175 mesures correctives ont été demandées aux instances visées. Notons que 149 d'entre elles concernaient les résidences privées pour aînés et visaient l'adoption et l'application de règles, l'adaptation des soins et le respect des droits.

Par ailleurs, il est à noter que sur les 1 062 dossiers, 3 usagers ont utilisé leur recours en 2e instance au Protecteur du citoyen et la décision de ce dernier en arrivait aux mêmes conclusions que la commissaire, excepté un dossier pour lequel le Protecteur du citoyen a tenu à faire une recommandation visant à assurer la sécurité de la résidente en question.

Type de dossiers	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014
	Dossiers		Motifs		Mesures	
Plaintes	89	111	242	278	113	209
Interventions	41	47	106	130	62	211
Sous-total	130	158	348	408	175	420
Assistances	688	835	730	928	s.o.	s.o.
Consultations	244	345	278	420	s.o.	s.o.
Sous-total	932	1 180	1 008	1 348	s.o.	s.o.
TOTAL	**1 062**	**1 338**	**1 356**	**1 756**	**175**	**420**
Dossiers au Protecteur du citoyen	3	4	6	8	1	0

9. LES ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE

9.1 Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du conseil d'administration de Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2015 et les états des résultats, des surplus cumulés, de la variation de la dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie pour l'exercice terminé le 31 mars 2015. Nous avons exprimé une opinion avec réserves sur ces états financiers dans notre rapport daté du 12 juin 2015 (voir ci-dessous).

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie pour l'exercice terminé le 31 mars 2015 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent des anomalies équivalentes à celles des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie pour l'exercice terminé le 31 mars 2015.

Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrites dans notre opinion avec réserves formulée dans notre rapport daté du 12 juin 2015. Notre opinion avec réserves est fondée sur les faits suivants :

À la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, l'Agence ne comptabilise pas à titre d'immobilisation corporelle louée quatre ententes de partenariat public-privé (trois ententes en 2014) répondant, par ailleurs, à cette définition. En conséquence, l'Agence ne constate pas l'actif et l'obligation relative au bien loué afférente mais comptabilise plutôt en charges les sommes exigibles en vertu des ententes, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Aussi, tel qu'il est exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, les contrats de location d'immeubles conclus entre l'Agence et la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », du *Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public*, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition.

Cette situation nous conduit donc à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers de l'exercice courant, comme nous l'avions fait pour les états financiers de l'exercice précédent. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2015 et 2014 n'ont pas été déterminées.

Notre opinion avec réserves indique que, à l'exception des incidences des problèmes décrits, les états financiers résumés donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie au 31 mars 2015, ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette, des pertes et gains de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Le 23 juin 2015

Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l.[1]

[1] CPA auditeur, CA, permis de comptabilité publique no A108263

9.2 Les états financiers de l'Agence

Fonds d'exploitation
État des résultats

Exercice terminé le 31 mars 2015

	Exercice courant	Exercice précédent
PRODUITS		
Subventions du MSSS	20 151 445 $	20 753 090 $
Revenus d'intérêts	52 411	42 131
Autres revenus	3 572 934	2 911 466
	23 776 790 $	**23 706 687 $**
CHARGES		
Salaires et avantages sociaux	16 876 371 $	16 293 106 $
Charges sociales	1 653 765	1 720 365
Frais de déplacement et de représentation	160 276	202 284
Services achetés	1 318 497	1 609 915
Publicité et communication	392 906	495 652
Loyers	2 044 529	2 156 055
Location d'équipement	77 017	100 127
Fournitures de bureau	471 444	552 246
Entretien et réparations	617 986	892 041
Autres charges	2 129 291	971 929
	25 742 082 $	**24 993 720 $**
DÉFICIT DE L'EXERCICE	**(1 965 292) $**	**(1 287 033) $**

Fonds d'exploitation
Bilan

Au 31 mars 2015

	Exercice courant	Exercice précédent
ACTIF		
Encaisse	4 844 782 $	4 315 805 $
Débiteurs MSSS	257 030	123 353
Débiteurs établissements publics	63 031	266 380
Débiteurs Gouvernement du Canada	-	10 204
Autres débiteurs et autres éléments d'actif	680 558	389 563
Frais payés d'avance	8 854	115 534
Subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	2 210 681	2 210 681
	8 064 936 $	**7 431 520 $**
PASSIF		
Créditeurs, charges à payer et autres éléments	4 276 282 $	2 479 934 $
Revenus reportés	750 524	659 431
Passif au titre des avantages sociaux futurs	2 082 393	2 340 268
	7 109 199 $	**5 479 633 $**
SOLDE DU FONDS		
Solde au début	**1 951 887 $**	**2 041 722 $**
Transferts interfonds (provenance)	1 264 736	1 252 199
Transferts interfonds (affectations)	(295 594)	(55 001)
Déficit de l'exercice	(1 965 292)	(1 287 033)
Solde à la fin	**955 737 $**	**1 951 887 $**
	8 064 936 $	**7 431 520 $**

Fonds des immobilisations
État des résultats

Exercice terminé le 31 mars 2015

	Exercice courant	Exercice précédent
PRODUITS		
Subvention du MSSS pour le remboursement de la dette et autres subventions	3 540 966 $	4 226 053 $
Autres revenus	10 182	10 182
	3 551 148 $	**4 236 235 $**
CHARGES		
Intérêts sur emprunts temporaires et sur la dette	2 111 967 $	2 887 726 $
Dépenses d'immobilisations non capitalisées	927 738	966 084
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	68 797	58 951
Amortissement des immobilisations	752 882	831 868
	3 861 384 $	**4 744 629 $**
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	**(310 236) $**	**(508 394) $**

Fonds des immobilisations
Bilan

Au 31 mars 2015

	Exercice courant	Exercice précédent
ACTIF		
Avance de fonds aux agences et établissements publics	56 717 698 $	51 611 088 $
Débiteurs MSSS	414 828	502 115
Débiteur Gouvernement du Canada	100 989	13 480
Autres débiteurs et autres éléments	129 306	17 463
Immobilisations	4 474 911	3 957 537
Frais reportés liés aux dettes	188 793	183 771
Subvention à recevoir - réforme comptable	57 555 211	67 035 704
	119 581 736 $	**123 321 158 $**
PASSIF		
Découvert de banque	84 918 $	64 647 $
Emprunts temporaires	58 687 602	53 245 583
Intérêts courus à payer	447 191	540 517
Salaires courus à payer et autres éléments	2 794	3 278
Autres créditeurs et charges à payer	81 620	271 459
Passif au titre des avantages sociaux futurs	12 827	10 873
Dettes à long terme	59 730 248	68 680 804
	119 047 200 $	**122 817 161 $**
SOLDE DU FONDS		
Solde au début	**503 997 $**	**776 134 $**
Déficit de l'exercice	(310 236)	(508 394)
Transferts interfonds (provenance)	340 775	236 257
Solde à la fin	**534 536 $**	**503 997 $**
	119 581 736 $	**123 321 158 $**

Fonds des activités régionalisées
État des résultats

Exercice terminé le 31 mars 2015

	Exercice courant	Exercice précédent
PRODUITS		
Crédits régionaux destinés aux établissements	25 658 291 $	26 457 586 $
Variation des revenus reportés - MSSS	751 077	(322 426)
FINESSS	13 863 040	6 024 293
Contributions des établissements	-	24 294
Revenus d'intérêts	78 749	116 321
Ventes de services et recouvrements	3 125 437	2 571 025
Autres revenus	1 596 445	691 605
	45 073 039 $	**35 562 698 $**
CHARGES		
Salaires et avantages sociaux	7 641 753 $	7 088 167 $
Charges sociales	831 289	750 770
Frais de déplacement et de représentation	107 330	102 528
Services achetés	5 146 818	6 324 500
Publicité et communication	53 603	47 966
Loyers	675 220	760 228
Dépenses de transfert	26 879 056	18 662 130
Fournitures de bureau	32 752	57 002
Entretien et réparations	4 075	101 112
Créances douteuses	22 978	-
Autres charges	684 431	241 793
	42 079 305 $	**34 136 196 $**
SURPLUS DE L'EXERCICE	**2 993 734 $**	**1 426 502 $**

Fonds des activités régionalisées
Bilan

Au 31 mars 2015

	Exercice courant	Exercice précédent
ACTIF		
Encaisse	10 621 109 $	8 664 509 $
Débiteurs MSSS	845 645	1 892 835
Débiteurs établissements publics	620 262	653 236
Débiteurs Gouvernement du Canada	-	-
Autres débiteurs	2 770 744	1 733 908
Frais payés d'avance	31 887	40 923
Subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	567 723	567 723
	15 457 370 $	**13 553 134 $**
PASSIF		
Créditeurs MSSS	659 658 $	428 415 $
Créditeurs établissements publics	945 459	1 630 896
Créditeurs et autres charges à payer	3 611 376	3 161 143
Autres revenus reportés	3 470 026	3 207 122
Passif au titre des avantages sociaux futurs	721 235	717 631
	9 407 754 $	**9 145 207 $**
SOLDE DU FONDS		
Solde au début	**4 407 927 $**	**4 428 262 $**
Surplus de l'exercice	2 993 734	1 426 502
Transferts interfonds (provenance)	643 646	523 668
Transferts interfonds (affectations)	(1 995 691)	(1 970 505)
Autres transferts interfonds	-	-
Redressements demandés par le MSSS	-	-
Solde à la fin	**6 049 616 $**	**4 407 927 $**
	15 457 370 $	**13 553 134 $**

Bilan cumulé et état cumulé de la provenance et de l'utilisation des fonds affectés

Pour l'exercice terminé le 31 mars 2015

	Exercice courant	Exercice précédent
ACTIF		
Encaisse	6 591 392 $	6 916 284 $
Débiteurs MSSS	148 700	564 184
FINESSS	108 394	-
Frais payés d'avance	16 158	-
Débiteurs autres	114 832	310 854
Subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	46 961	46 961
	7 026 437 $	**7 838 283 $**
PASSIF		
Créditeurs et autres charges à payer établissements	778 170 $	364 973 $
Créditeurs et autres charges à payer	1 193 523	1 755 629
Revenus reportés	429 025	434 140
Passif au titre des avantages sociaux futurs	61 477	73 758
	2 462 195 $	**2 628 500 $**
SOLDE DU FONDS		
Solde au début	**5 209 783 $**	**8 239 004 $**
Transferts interfonds (affectations)	(27 019)	(11 509)
	5 182 764 $	**8 227 495 $**
PRODUITS		
Crédits régionaux	63 665 692 $	55 977 341 $
Subvention MSSS	55 000	377 194
FINESSS	13 064 710	12 496 848
Revenus de placements	137 170	137 347
Autres revenus	17 663 070	16 708 483
	94 585 642 $	**85 697 213 $**

Pour l'exercice terminé le 31 mars 2015

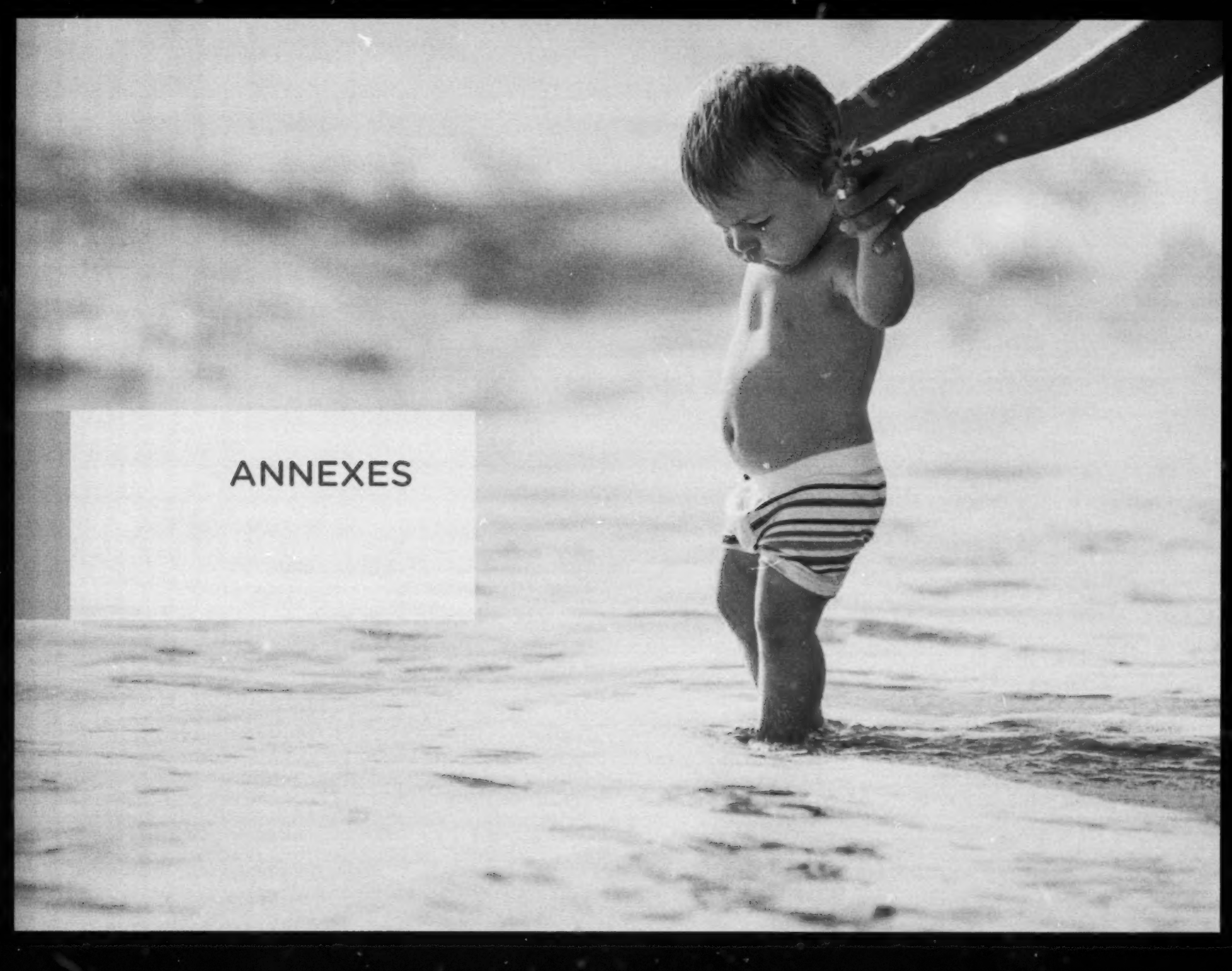
	Exercice courant	Exercice précédent
CHARGES		
Dépenses de transfert	93 978 693 $	87 649 268 $
Salaires	300 038	328 378
Avantages sociaux	16 055	26 416
Charges sociales	13 599	14 449
Frais de déplacement et de représentation	1 554	8 698
Services achetés	13 729	79 763
Fournitures de bureau	87 858	44 949
Autres charges	792 638	563 004
	95 204 164 $	**88 714 925 $**
Solde à la fin	**4 564 242 $**	**5 209 783 $**
	7 026 437 $	**7 838 283 $**

9.3 Contrats de service comportant une dépense de 25 000 $ et plus

Reddition de comptes en vertu de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'État.
Article 20, 2e alinéa

Nombre de contrats : 2
Valeur des contrats : 146 675 $
Aucun contrat avec des personnes physiques

Contrat	Période	Montant
Contrat 1	janvier 2015 - mai 2016	84 800 $
Contrat 2	mars 2015 - juillet 2015	61 875 $



ANNEXES

ANNEXE I

Le conseil d'administration de l'Agence, conseils et comités

Conseil d'administration

Membres

M. Richard Deschamps
Président-directeur général et secrétaire

M^me^ Nicole Mongeon
Présidente

M. Philippe Bonneau
Vice-président

M. Paul-André Dorval
Président du comité de vérification

M^me^ Liette Brousseau
Présidente du comité de vigilance et de la qualité

D^r^ Patrick Bisson

M^me^ Nathalie Chartrand

M^me^ Louise Chartrand

D^r^ Jean Desormeau

M^me^ Lina Lauzier

M. Luc Mathieu

M^me^ Danielle Picotte

M^me^ Josée Robillard

M. Bruno Tremblay

M. Michel Wong Kee Song

M. Luc Mathieu
(démission en novembre 2014)

Bilan des activités

Au cours de l'année se terminant le 31 mars 2015, le conseil d'administration a tenu dix rencontres dont quatre réunions extraordinaires et une conférence téléphonique d'information. Une assemblée publique d'information a également été tenue en novembre 2014 pour présenter les rapports annuels de l'Agence.

En conformité avec ses responsabilités, le conseil a :

- alloué les ressources financières aux établissements et aux organismes communautaires et assuré un suivi serré de la situation budgétaire du réseau;
- examiné l'évolution des indicateurs de l'entente de gestion et d'imputabilité 2014-2015 MSSS-Agence, de la planification stratégique 2010-2015 et de la performance hospitalière en Montérégie;
- nommé les cadres supérieurs suivants : la directrice des ressources financières, immobilières, informationnelles et des services-conseils en technologies, le directeur de la planification, de la performance, des connaissances et des ressources humaines réseau, l'adjoint au président-directeur général et directeur des services administratifs (juin 2014) ainsi que le directeur de la santé publique par intérim (16 juillet 2014);
- procédé à l'évaluation annuelle de son fonctionnement

Parmi les décisions portant sur l'organisation des services, mentionnons notamment l'adoption du Programme régional et plan directeur 2014-2017 en cancérologie et du Plan régional des effectifs en médecine pour les omnipraticiens. De plus, il a approuvé la révision de la Politique et procédure de reconnaissance des ressources intermédiaires et de type familial en Montérégie ainsi que la mise à jour du cadre de référence en matière d'action communautaire.

Code d'éthique

La présidente du conseil d'administration témoigne du respect du Code d'éthique et de déontologie annexé à ce rapport.

Comité d'éthique et de gouvernance

Membres

M. Richard Deschamps
Président-directeur général et secrétaire

M^me^ Nicole Mongeon
Présidente

M. Philippe Bonneau
Vice-président

Bilan des activités

Le comité de gouvernance et d'éthique s'est réuni à sept reprises en 2014-2015.

Les membres du comité ont procédé à l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration en 2014 et examiné les résultats. Au chapitre des règles de gouvernance, le comité a également révisé le *Règlement concernant les modalités d'élection, la durée du mandat et les règles de fonctionnement du comité régional sur les services pharmaceutiques* et le *Règlement de régie interne du comité de vigilance et de la qualité*. De plus, le comité a présenté des recommandations sur les nominations de cadres supérieurs ainsi que sur celle faite par l'Agence en vue de pourvoir une vacance au conseil d'administration d'un établissement.

Comité de vérification

Membres

M. Paul-André Dorval
Président du comité de vérification

M. Bruno Tremblay

M. Philippe Bonneau

Bilan des activités

Le comité de vérification a tenu trois réunions en 2014-2015. Conformément à leur mandat, les membres ont examiné et recommandé l'adoption des rapports financiers annuels de l'Agence et du fonds régional Santé au travail 2013-2014 ainsi que du budget 2014-2015 de l'Agence.

Comité de vigilance et de la qualité

Membres

M^me^ Liette Brousseau
Présidente du comité de vigilance
et de la qualité

M^me^ Alexandrine Côté
Commissaire régionale aux plaintes
et à la qualité des services

M. Richard Deschamps
Président-directeur général et secrétaire

M. Luc Mathieu

M. Michel Wong Kee Song

M. Luc Mathieu (démission en novembre 2014)

Bilan des activités

Le Comité de vigilance et de la qualité a tenu cinq réunions. Les membres ont assuré le suivi de l'application des recommandations du Protecteur du citoyen et de la commissaire régionale. Ils ont également pris acte des activités de la commissaire qui agit à titre de substitut au CHSLD Saint-Lambert-sur-le-Golf. Par ailleurs, un bilan du régime sur les plaintes a été réalisé.

Enfin, en septembre 2014, les membres ont recommandé l'adoption du *Rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services 2013-2014* des établissements et de l'Agence.

INSTANCES RÉGIONALES

Commission infirmière régionale (CIR)

Membres

Membres en date du 31 mars 2014

M. Philippe Besombes
Directeur de la qualité et des soins infirmiers,
CSSS du Suroît

M^me^ Chantal Charrette
Infirmière clinicienne,
CSSS Champlain-Charles-Le Moyne

M^me^ Nicole Choinière
Désignée par le président-directeur général de l'Agence

M^me^ Sylvie Desjardins, présidente de la CIR
Conseillère en soins spécialisés, programme de traumatologie, réadaptation, urgence, clinique douleur,
CSSS Champlain-Charles-Le Moyne

M^me^ Sophie Dubois
Infirmière clinicienne, CSSS Pierre-De Saurel

M^me^ Stéphanie Gagné
Infirmière clinicienne, CSSS La Pommeraie

M^me^ France Hébert
Infirmière auxiliaire, CSSS de la Haute-Yamaska

M^me^ Céline Jodar
Conseillère-cadre au développement de la pratique professionnelle, CSSS Jardins-Roussillon

M^me^ Lina Lauzier
Directrice des soins infirmiers, de la gestion des risques et de la qualité et de santé physique,
CSSS Vaudreuil-Soulanges

M^me^ Lucie Maillé
Enseignante, Cégep Édouard-Montpetit

M^me^ Marie Noëlle Ouellet
Conseillère en soins spécialisés,
CSSS de la Haute-Yamaska

M^me^ Catherine Deslandes
Infirmière praticienne spécialisée en soins de 1re ligne,
CSSS Haut-Richelieu-Rouville

Bilan des activités

La Commission infirmière régionale a tenu deux rencontres en juillet 2014 afin de produire un avis sur le Programme régional et plan d'action 2014-2017 de la Direction régionale de cancérologie, avis qui a été présenté au conseil d'administration à l'automne 2014. De plus, la CIR a été informée de l'évolution du déploiement national du Dossier Santé Québec.

Les travaux de la CIR ont été suspendus en septembre 2014 à la suite du dépôt du projet de loi n°10 *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*. Adoptée le 7 février 2015, cette loi transfert les responsabilités de la CIR au conseil des infirmières et des infirmiers du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Centre.

Commission multidisciplinaire régionale (CMuR)

Membres

M[me] Elizabeth Chittim
Travailleuse sociale, conseillère-cadre à la pratique psychosociale, CSSS Champlain–Charles-Le Moyne

M[me] Christine Daniel
Secrétaire générale, directrice des communications et des affaires corporatives, désignée par le président-directeur général de l'Agence

M[me] Marie Gingras, PhD
Chef du service clinique de biochimie, CSSS Richelieu-Yamaska

M. Stéphane Girard, président de la CMuR
Criminologue, agent de planification, de programmation et de recherche, Centre jeunesse de la Montérégie

M[me] Isabelle Goffart
Ergothérapeute, CSSS Champlain–Charles-Le Moyne

M[me] Isabelle Kanash
Éducatrice, Centre jeunesse de la Montérégie

M[me] Isabelle Lavallée
Technicienne en éducation spécialisée, coordonnatrice clinique en réadaptation physique, Centre montérégien de réadaptation

M[me] Chantal Lévesque
Enseignante, Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu

M[me] Sylvie Martineau
Ergothérapeute, équipe de consultation gériatrique thérapeutique, CSSS du Suroît

M. Jean-Philippe Matton
Ergothérapeute, CSSS Pierre-Boucher

M[me] Danielle Picotte
Physiothérapeute, coordonnatrice des services de réadaptation, CSSS Champlain–Charles-Le Moyne

M[me] Diane Raymond
Physiothérapeute, chef clinico-administratif des services de réadaptation et de nutrition clinique, CSSS Haut-Richelieu-Rouville

Bilan des activités

La Commission multidisciplinaire régionale a été convoquée à une réunion au printemps 2014 qui a donné lieu à un avis présenté au conseil d'administration portant sur le Programme régional et plan d'action 2014-2017 de la Direction régionale de cancérologie. Au cours de cette rencontre, les membres de la CMuR ont également été informés du projet régional Optilab visant à optimiser l'organisation des services de laboratoires en Montérégie.

Les travaux de la CMuR ont été suspendus en septembre 2014 à la suite du dépôt du projet de loi n°10 *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*. Adoptée le 7 février 2015, cette loi transfert les responsabilités de la CMuR au conseil multidisciplinaire du CISSS de la Montérégie-Centre.

Département régional de médecine générale (DRMG)

Membres élus

Dr Michel Brodeur, chef du DRMG

Dre Denise Beaudoin

Dre Manon Proulx

Membres nommés

Dr Jean-Philippe Chouinard

Dr Robert Duranceau

Dr Jean Désormeau

Dre Renée Lafrenière

Dr Denis Lesieur

Dr Bernard Magnan

Dre Sylvie Parent

Dre Sylvie Tardif

Dr Éric Sauvageau

Dr Martin Plante

Bilan des activités

Le DRMG donne son avis de pertinence clinique aux directions de l'Agence qui le demandent. Certains membres du comité de direction participent à différents comités tels que le Comité sur le Plan d'organisation régional en douleurs chroniques, le Comité Cancérologie, le projet IMPACT, le dossier clinique informatisé, le Comité régional pour l'implantation de l'infirmier praticien spécialisé et l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne, le comité interdirection sur les maladies chroniques.

Le DRMG coordonne aussi les tables locales dans chacun des territoires. Leur mandat comprend, entre autres, l'amélioration des liens avec les CSSS pour optimiser l'offre de service médical.

Le DRMG chapeaute le Collectif pour les meilleures pratiques et l'amélioration des soins de santé (CoMPAS) dans les ateliers qui sont offerts aux médecins omnipraticiens et aux intervenants en première ligne. Les ateliers CoMPAS ont pour objectif d'améliorer la condition de santé et le bien-être des patients atteints de maladies chroniques (asthme, diabète, MCV et MPOC) et des comorbidités qui les accompagnent. Le DRMG appuie une gestion des activités médicales particulières mixtes pour permettre d'augmenter la prise en charge en première ligne. La gestion du plan régional des effectifs médicaux en omnipratique est basée sur l'équité quant aux ressources, à l'identification des besoins prioritaires et à l'organisation des soins en réseau interdisciplinaire pour atténuer les effets de la pénurie en médecine de famille dans la région.

Avec les effectifs disponibles, la priorité d'action du DRMG demeure que chaque Montérégien, particulièrement les plus vulnérables, ait accès à un médecin de famille. Au cours de l'année, le travail d'évaluation de l'offre de service des GMF et des cliniques-réseau s'est poursuivi, de même que les recommandations en vue de leur renouvellement ainsi que la recommandation pour l'accréditation de plusieurs projets.

Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée (TRCDMS)

Dr Patrick Bisson, président

Dr André Comtois

Dr Gilles Scherer

Membres nommés

Dre Élise Gilbert

Dr Sylvain Jourdain

Dre Michèle Leclerc

Dr Pierre McCabe

Dr Antoine Robillard

Dre Sylvie Tardif

Dr Chahine Younes

Bilan des activités

Au cours de l'année, la Table a tenu quatre réunions ordinaires et une conférence téléphonique.

En plus de la poursuite de ses travaux en lien avec le Plan des effectifs médicaux spécialisés, la Table et ses sous-comités ont participé aux travaux concernant les dossiers suivants :

- le Plan d'organisation régional en douleurs chroniques;
- l'optimisation des laboratoires (OPTILAB);
- le rapatriement de la clientèle 514-450;
- le Plan d'action régional en suppléance rénale;
- les corridors de services;
- l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST;
- le continuum AVC-AIT.

Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)

Mme Josée Robillard, présidente

Mme Hélène Blanchette

Mme Mélanie Caron
(fin de mandat au printemps 2014)

Mme Julie Coderre
(fin de mandat au printemps 2014)

Mme Louise Cloutier
(début de mandat au printemps 2014))

Mme Stéphanie Lalonde
(début de mandat au printemps 2014))

Membres nommés

Mme Catherine C. Bertrand

Mme Suzanne Fradet

M. Benoit Morand

Mme Diane Pelletier
(démission à l'été 2014)

Mme Josée Conesa
(début de mandat en décembre 2014))

Dre Sylvie Tardif

Bilan des activités

Le CRSP a tenu cinq réunions. Il a effectué des travaux, donné des avis ou fait des recommandations sur les dossiers suivants :

- les objectifs 2014-2015 du CRSP;
- le bulletin *Nouvelles pharmaceutiques Montérégie*;
- la place du pharmacien dans les GMF;
- le projet de pharmacien régional;
- l'implantation de tables locales de pharmaciens;
- l'utilisation optimale des antibiotiques en établissement de santé;
- le Dossier Santé Québec;
- les ordonnances collectives;
- la Loi 41;
- le projet concernant les étudiants en pharmacie;
- les élections au CRSP;
- la nomination de membres au CRSP;
- le projet CoMPAS;
- le traitement de la gonorrhée dans le contexte d'augmentation de la résistance à l'azithromycine;
- le projet de loi 10;
- le règlement du CRSP;
- l'assemblée générale du CRSP.

Comité régional sur l'accessibilité des services de santé et des services sociaux aux personnes d'expression anglaise

Membres

M. Colin J. Coole

M^me^ Rachel Hunting

M^me^ Sandrine Billeau

M^me^ JoAnn McClintock

M. Benoit F. Bouffard

M^me^ Kate Murray

M^me^ Geneviève Dragon-Leduc

M^me^ Pauline Wiedow

M. Francis Belzile

M. Claude Bouchard

M. Milton Reddick

Bilan des activités

Onze membres composent le comité régional, et ce, sur une possibilité de quatorze personnes. Il y a eu ajout de trois nouveaux membres au comité régional au cours de l'année.

Les membres du comité ont été informés des divers projets dans le dossier de l'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise. En outre, il y a eu la mise en œuvre du projet d'amélioration de l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes d'expression anglaise de la Montérégie, financé par le Réseau communautaire de santé et de services sociaux (RCSSS), ainsi que la mise à jour d'information en lien avec le programme linguistique et des activités qui s'y rattachent.

À l'automne 2014, le ministre Gaétan Barrette a sollicité les agences pour la révision du *Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise de la Montérégie 2011-2014*. Les membres du comité ont été informés de cette démarche. Suite à la réception des offres de service en langue anglaise des établissements de la Montérégie, le programme révisé a été acheminé au ministre tel que requis, accompagné d'un avis du comité régional.

Le comité régional s'est réuni à cinq reprises au cours de la dernière année, incluant une rencontre téléphonique. Les activités du comité se sont poursuivies jusqu'à la fin du mois de mars vu la démarche de renouvellement du programme d'accès. Au 31 mars 2015, selon la Loi 10, le présent comité est considéré comme étant dissout et la formation d'un nouveau comité régional suivra dans le cadre de l'implantation des nouvelles structures intégrées.

ANNEXE II

Budget net de fonctionnement des établissements, surplus (déficits)

Le budget net de fonctionnement des établissements de la région totalise 2 273 129 899 $ pour l'année 2014-2015.

Budget net de fonctionnement - Établissements publics

	2014-2015	2013-2014
Centres de santé et de services sociaux		
CSSS Pierre-Boucher	288 140 346 $	270 030 103$
CSSS Haut-Richelieu–Rouville	240 108 596 $	235 262 780 $
CSSS Pierre-De Saurel	110 606 271 $	106 573 328 $
CSSS du Suroît	139 645 303 $	133 459 784 $
CSSS Jardins-Roussillon	177 308 331 $	166 711 413 $
CSSS La Pommeraie	85 661 999 $	84 124 309 $
CSSS Richelieu-Yamaska	235 292 237 $	224 506 526 $
CSSS de Vaudreuil-Soulanges	62 066 692 $	53 563 153 $
CSSS Champlain–Charles-Le Moyne	343 714 726 $	319 454 942 $
CSSS du Haut-Saint-Laurent	31 205 795 $	29 710 685 $
CSSS de la Haute-Yamaska	132 090 411 $	128 656 916 $
Sous-total	**1 845 840 707 $**	**1 752 053 939 $**
Établissements régionaux		
Centre jeunesse de la Montérégie	157 622 894 $	151 428 295 $
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Montérégie-Est	92 707 818 $	89 458 410 $
Centre montérégien de réadaptation	32 639 162 $	29 559 794 $
Les Services de réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort	54 208 441 $	51 714 469 $
Centre de réadaptation Foster	4 045 987 $	3 636 283 $
Institut Nazareth et Louis-Braille	15 984 632 $	15 458 516 $
Centre de réadaptation Le Virage	10 016 021 $	9 265 565 $
Sous-total	**367 224 955 $**	**350 521 332 $**
Total des établissements publics	**2 213 065 662 $**	**2 102 575 271 $**

Budget agréé - Établissements privés conventionnés

	2014-2015	2013-2014
Centres d'hébergement et de soins de longue durée		
Accueil du Rivage inc.	2 126 868 $	2 054 573 $
Centre d'accueil Marcelle Ferron inc.	17 482 165 $	16 990 181 $
Résidence Sorel-Tracy inc.	4 325 788 $	4 109 776 $
Santé Courville de Waterloo	1 540 715 $	1 574 251 $
Vigi Santé ltée (CHSLD de Brossard)	4 710 198 $	4 715 604 $
Vigi Santé ltée (CHSLD de Montérégie)	6 792 511 $	6 657 853 $
Centre d'hébergement Champlain Jean-Louis-Lapierre	5 064 547 $	4 945 894 $
Centre d'hébergement Champlain des-Pommetiers	11 272 525 $	11 085 436 $
Centre d'hébergement Champlain de-Châteauguay	6 748 920 $	6 673 069 $
Total des établissements privés conventionnés	**60 064 237 $**	**58 806 637 $**
Total régional du budget net de fonctionnement et budget agréé - établissements publics et privés conventionnés	**2 273 129 899 $**	**2 161 381 908 $**

Surplus (déficits) des établissements publics

	Surplus (déficits) 2014-2015	Surplus (déficits) 2013-2014
Centres de santé et de services sociaux		
CSSS Pierre-Boucher	(1 333 351) $	521 556 $
CSSS Haut-Richelieu—Rouville	1 039 182 $	(2 224 910) $
CSSS Pierre-De Saurel	965 580 $	80 693 $
CSSS du Suroît	(3 834 366) $	0 $
CSSS Jardins-Roussillon	1 612 360 $	(3 970 109) $
CSSS La Pommeraie	138 048 $	232 698 $
CSSS Richelieu-Yamaska	(2 516 385) $	(96 342) $
CSSS de Vaudreuil-Soulanges	(661 286) $	93 161 $
CSSS Champlain—Charles-Le Moyne	(1 134 907) $	289 609 $
CSSS du Haut-Saint-Laurent	3 870 $	(85 529) $
CSSS de la Haute-Yamaska	34 330 $	3 240 186 $
Sous-total	**(5 686 925) $**	**(1 918 987) $**
Établissements régionaux		
Centre jeunesse de la Montérégie	1 439 669 $	451 968 $
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Montérégie-Est	267 738 $	1 426 395 $
Centre montérégien de réadaptation	1 181 453 $	(1 555 035) $
Les Services de réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort	501 778 $	304 591 $
Centre de réadaptation Foster	95 732 $	10 830 $
Institut Nazareth et Louis-Braille	61 628 $	19 222 $
Centre de réadaptation en dépendance Le Virage	35 258 $	22 926 $
Sous-total	**3 583 256 $**	**680 897 $**
Total des établissements publics[1]	**(2 103 669) $**	**(1 238 090) $**

[1] Les déficits encourus par les établissements publics, à l'exception du CSSS du Suroît, sont causés par les indemnités de départ qui ont dues être comptabilisées au 31 mars 2015, suite à l'adoption et à la mise en œuvre de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

Surplus (déficits) des établissements privés conventionnés

	Surplus (déficits) 2014-2015	Surplus (déficits) 2013-2014
Centres d'hébergement et de soins de longue durée		
Accueil du Rivage Inc.	(10 591) $	11 788 $
Centre d'accueil Marcelle Ferron Inc.	(228 326) $	(306 242) $
Résidence Sorel-Tracy Inc.	(13 717) $	63 599 $
Santé Courville de Waterloo	13 524 $	(24 351) $
CHSLD Vigi de Brossard	157 070 $	164 759 $
CHSLD Vigi de la Montérégie	196 961 $	195 472 $
Centre d'hébergement Champlain—Jean-Louis-Lapierre	(247 985) $	(101 119) $
Centre d'hébergement Champlain Châteauguay	226 594 $	209 362 $
Centre d'hébergement Champlain des Pommetiers	403 514 $	351 045 $
Total des établissements privés conventionnés	**497 044 $**	**564 313 $**
Total régional du surplus (déficits) - établissements publics et privés conventionnés	**(1 606 625) $**	**(673 777) $**

ANNEXE III

Subventions détaillées aux organismes communautaires

En 2013-2014, 458 organismes ont reçu un total de 71,4 M$.

Financement des organismes communautaires admis au PSOC

Catégorie de l'organisme	Nom de l'organisme	2014-2015	2013-2014
Agressions à caractère sexuel	Centre d'intervention en violence et agressions sexuelles de la Montérégie	182 683 $	181 054 $
	TOTAL - Agression à caractère sexuel	**182 683 $**	**181 054 $**
Alcoolisme, toxicomanie, dépendance	Actions dépendances	132 078 $	137 255 $
	Carrefour Le Point Tournant Inc.	352 448 $	349 304 $
	Centre d'entraide La Boussole inc.	35 568 $	35 568 $
	Centre sur l'Autre-Rive inc.	326 793 $	337 825 $
	Horizon Soleil, Table de concertation de prévention des toxicomanies et de promotion de la santé de la région d'Acton	73 320 $	72 297 $
	Liberté de choisir	144 747 $	130 405 $
	Maison La Margelle inc.	482 483 $	479 205 $
	Maison l'Alcôve inc.	604 493 $	600 978 $
	Pavillon L'Essence Ciel	293 061 $	290 447 $
	Prévention des dépendances l'Arc-en-ciel	81 927 $	78 245 $
	Satellite, organisme en prévention des dépendances	49 056 $	65 693 $
	Total - Alcoolisme, toxicomanie, dépendance	**2 575 974 $**	**2 577 222 $**
Autres ressources jeunesse	Aiguillage (L')	98 671 $	103 037 $
	Bienville, Allons de l'Avant!	13 675 $	13 553 $
	Boîte à lettres de Longueuil (La)	89 686 $	88 668 $
	Cellule jeunes et familles de Brome-Missisquoi (La)	45 881 $	45 472 $
	Centre de formation à l'autogestion du Haut-Richelieu	55 769 $	60 972 $
	Centre d'intervention-jeunesse des Maskoutains (Le)	156 880 $	158 385 $
	Comité jeunesse La Presqu'Ile	22 311 $	24 243 $
	Espace Châteauguay	143 703 $	140 274 $
	Espace Suroît	145 514 $	144 277 $
	Macadam Sud	476 041 $	512 364 $

Catégorie de l'organisme	Nom de l'organisme	2014-2015	2013-2014
Autres ressources jeunesse (suite)	Maison de Jonathan inc. (La)	241 753 $	239 459 $
	Maisonnette Berthelet (La)	30 764 $	30 490 $
	Orientation jeunesse de la Haute-Yamaska	36 780 $	41 452 $
	Pacte de rue inc. (Le)	245 322 $	228 676 $
	POSA/Source des Monts	135 739 $	154 875 $
	Total - Autres ressources jeunesse	**1 938 489 $**	**1 986 197 $**
Autres ressources pour femmes	Hébergement Maison de la Paix inc.	163 092 $	177 548 $
	Maison d'hébergement et de transition l'Égide	103 911 $	102 984 $
	Total - Autres ressources pour femmes	**267 003 $**	**280 532 $**
Cancer	Amis du crépuscule (Les)	82 568 $	67 261 $
	Équipe d'accompagnement Au Diapason (L')	48 753 $	63 318 $
	Organisme voué aux personnes atteintes de cancer (OVPAC)	15 514 $	15 375 $
	Présence amie de la Montérégie	62 481 $	62 481 $
	Société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal	95 619 $	44 773 $
	Total - Cancer	**304 935 $**	**253 208 $**
Centre d'action bénévole (CAB)	Action bénévole de Varennes	39 981 $	41 624 $
	Carrefour communautaire l'Arc-en-ciel	129 644 $	128 487 $
	Centre d'action bénévole Les p'tits bonheurs de St-Bruno	162 376 $	160 928 $
	Centre d'action bénévole de Beauharnois (Le)	204 280 $	202 458 $
	Centre d'action bénévole de Bedford et environs inc.	167 899 $	162 749 $
	Centre d'action bénévole de Boucherville	222 863 $	220 875 $
	Centre d'action bénévole de Contrecœur « À plein cœur »	102 407 $	101 494 $
	Centre d'action bénévole de Cowansville	179 853 $	185 480 $
	Centre d'action bénévole de Farnham inc.	172 536 $	167 344 $
	Centre d'action bénévole de Granby inc.	226 056 $	224 210 $
	Centre d'action bénévole de la Frontière	137 239 $	136 015 $
	Centre d'action bénévole de la Vallée-du-Richelieu inc.	208 675 $	206 820 $
	Centre d'action bénévole de Saint-Césaire	145 412 $	141 142 $
	Centre d'action bénévole de Saint-Hubert	176 179 $	174 362 $
	Centre d'action bénévole de St-Jean-sur-Richelieu inc. (Le)	205 939 $	204 102 $
	Centre d'action bénévole de Sutton	30 575 $	30 302 $

Catégorie de l'organisme	Nom de l'organisme	2014-2015	2013-2014
Centre d'action bénévole (CAB) (suite)	Centre d'action bénévole de Valleyfield inc.	228 903 $	226 862 $
	Centre d'action bénévole de Waterloo inc.	183 831 $	182 156 $
	Centre d'action bénévole d'Iberville et de la région	209 092 $	207 226 $
	Centre d'action bénévole du Bas-Richelieu inc.	164 134 $	162 669 $
	Centre d'action bénévole du Grand Châteauguay	195 026 $	193 286 $
	Centre d'action bénévole et communautaire La Mosaïque	208 658 $	206 796 $
	Centre d'action bénévole La Seigneurie de Monnoir	152 890 $	151 533 $
	Centre d'action bénévole L'Actuel	297 275 $	294 214 $
	Centre d'action bénévole Soulanges	189 908 $	124 585 $
	Centre d'actions bénévoles Intéraction	71 996 $	77 867 $
	Centre de bénévolat d'Acton Vale	182 039 $	176 248 $
	Centre de bénévolat de la Rive-Sud	502 395 $	497 914 $
	Centre de bénévolat de Saint-Basile-le-Grand inc.	52 282 $	51 816 $
	Centre de bénévolat de St-Hyacinthe inc. (Le)	280 506 $	243 780 $
	Centre de bénévolat Mieux-Être Ville de Lac-Brome	2 255 $	2 235 $
	Centre d'entraide bénévole de St-Amable inc.	200 913 $	197 121 $
	Centre d'entraide régional d'Henryville	93 069 $	92 240 $
	Envolée Centre d'action bénévole Ste-Julie (L')	158 683 $	157 267 $
	Service d'action bénévole « Au cœur du Jardin » inc.	209 503 $	207 634 $
	Total - Centre d'action bénévole (CAB)	**6 095 272 $**	**5 941 841 $**
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)	C.I.V.A.S. L'Expression libre du Haut-Richelieu	144 991 $	186 698 $
	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) de Granby	267 431 $	265 153 $
	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) La Vigie	255 511 $	253 232 $
	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) Châteauguay	311 089 $	309 372 $
	Centre d'aide pour victimes d'agression sexuelle (CAVAS) Richelieu-Yamaska et Sorel-Tracy	189 310 $	187 621 $
	Traversée (Rive-Sud) (La)	396 361 $	392 826 $
	Total - Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)	**1 564 693 $**	**1 594 902 $**

Catégorie de l'organisme	Nom de l'organisme	2014-2015	2013-2014
Centres de femmes	Ainsi soit-elle (centre de femmes)	186 219 $	184 558 $
	Association Avante	185 390 $	183 736 $
	Centre de femmes « La Moisson »	186 084 $	184 424 $
	Centre de femmes « L'Autonomie en soie »	191 381 $	189 727 $
	Centre de femmes du Haut-Richelieu	226 641 $	204 477 $
	Centre de femmes La Marg'Elle inc.	186 220 $	184 559 $
	Centre de femmes l'Éclaircie	193 764 $	192 035 $
	Centre de femmes l'Essentielle (Le)	205 311 $	202 619 $
	Centre des femmes de Longueuil	185 931 $	184 273 $
	Collective par et pour Elle inc.	189 770 $	188 077 $
	Com'femme	185 687 $	184 031 $
	Contact'L De Varennes	26 499 $	26 263 $
	D'main de femmes	186 009 $	184 350 $
	Entre Ailes Ste-Julie	192 532 $	190 815 $
	Entr'Elles Granby inc.	334 481 $	331 498 $
	Inform'elle inc.	186 009 $	184 350 $
	Re-Nou-Vie	263 634 $	281 094 $
	Ressources-Femmes de la région d'Acton	190 976 $	189 273 $
	Total - Centres de femmes	**3 502 538 $**	**3 470 159 $**
Communautés culturelles et autochtones	Centre Sino-Québec de la Rive-Sud	96 762 $	96 989 $
	Total - Communautés culturelles et autochtones	**96 762 $**	**96 989 $**
Concertation et consultation générale	Association des alternatives en santé mentale de la Montérégie (L')	69 100 $	68 484 $
	Regroupement des centres d'action bénévole de la Montérégie	13 012 $	12 896 $
	Regroupement des maisons de jeunes du Québec, section Montérégie	13 086 $	12 969 $
	Regroupement du travail de proximité de la Montérégie (RTPM)	21 374 $	31 183 $
	Table régionale des organismes communautaires et bénévoles de la Montérégie	193 369 $	191 644 $
	Total - Concertation et consultation générale	**309 941 $**	**317 176 $**
Contraception, allaitement, périnatalité, famille	Carrefour naissance-famille	234 417 $	232 326 $
	Centre périnatal Le Berceau	52 385 $	45 971 $
	Comité d'allaitement maternel CALM	12 929 $	12 814 $
	Entraide maternelle du Richelieu	7 590 $	7 522 $

Catégorie de l'organisme	Nom de l'organisme	2014-2015	2013-2014
Contraception, allaitement, périnatalité, famille (suite)	Grands Frères et les Grandes Sœurs de Saint-Hyacinthe (Les)	98 873 $	80 600 $
	Grands Frères/Grandes Sœurs du Suroît inc.	101 310 $	98 814 $
	Groupe soutien allaitement maternel La mère à boire	3 636 $	3 604 $
	MAM autour de la maternité	52 887 $	52 415 $
	Mouvement SEM (sensibilisation à l'enfance maltraitée)	78 076 $	71 347 $
	Nourri-Source - Montérégie	55 699 $	55 202 $
	Soutien Lactéa	187 975 $	191 299 $
	Total - Contraception, allaitement, périnatalité, famille	**885 777 $**	**851 914 $**
Déficience intellectuelle	Action intégration en déficience intellectuelle	126 649 $	125 519 $
	Amis-Soleils de St-Bruno (Les)	10 516 $	10 422 $
	Arche Beloeil inc. (L')	378 625 $	375 248 $
	Association de la déficience intellectuelle de la région de Sorel	65 260 $	64 678 $
	Association de la Rive-Sud pour la déficience intellectuelle (ARSDI)	126 016 $	119 937 $
	Association de la Vallée-du-Richelieu pour la déficience intellectuelle	24 520 $	14 390 $
	Association de parents de l'enfance en difficulté de la Rive-Sud, Montréal, ltée	179 226 $	177 627 $
	Association de parents de personnes handicapées de Brome-Missisquoi	72 736 $	72 087 $
	Association des parents des enfants handicapés Richelieu-Va!-Maska (L')	69 704 $	69 082 $
	Association des parents et des handicapés de la Rive-Sud métropolitaine	94 513 $	93 670 $
	Association Garagona Inc.	2 536 $	2 513 $
	Association Granby pour la déficience intellectuelle	69 803 $	79 180 $
	Association locale des personnes handicapées de Chambly et la région-Alpha	96 763 $	95 900 $
	Association PANDA Brome-Missisquoi	56 413 $	55 889 $
	Association PAUSE (Pour l'accessibilité universelle, le soutien et l'engagement)	167 920 $	167 920 $
	Camp Soleil de Melissa	14 322 $	14 283 $
	Centre de répit-dépannage Aux quatre poches inc.	165 583 $	164 106 $
	Centre éducatif et de loisirs en déficience intellectuelle (Le Centre ÉLODI)	98 009 $	97 135 $
	Centre Louise Bibeau inc.	121 004 $	119 925 $
	Clé des champs Sainte-Julie inc. (La)	9 844 $	9 756 $
	Club des personnes handicapées de Farnham et MRC Brome-Missisquoi inc.	35 584 $	35 267 $
	Club la joie de vivre pour personne vivant une DI/TED	26 677 $	16 528 $

Catégorie de l'organisme	Nom de l'organisme	2014-2015	2013-2014
Déficience intellectuelle (suite)	Halte-Soleil	151 568 $	130 484 $
	Hyper-Lune	134 012 $	122 816 $
	Jonathan de Soulanges inc.	44 700 $	44 301 $
	Maison de répit Déragon inc.	128 172 $	127 029 $
	Maison de répit L'intermède	133 298 $	132 109 $
	Maison Répit-Vacances inc.	122 124 $	121 035 $
	Mouvement action découverte pour personnes handicapées de la région de Châteauguay	71 256 $	70 620 $
	Mouvement action loisirs (MALI)	72 590 $	71 943 $
	Parents d'enfants handicapés avec difficultés d'adaptation ou d'apprentissage (PEHDAA)	46 139 $	45 727 $
	Parrainage civique Champlain	96 746 $	96 082 $
	Parrainage civique de la Vallée-du-Richelieu	79 550 $	78 840 $
	Parrainage civique de Vaudreuil-Soulanges	197 878 $	196 113 $
	Parrainage civique des MRC d'Acton et des Maskoutains	68 268 $	67 659 $
	Parrainage civique du Haut-Richelieu	87 233 $	86 455 $
	Relâche (Répit V.S.) (La)	19 025 $	18 855 $
	Répit Le Zéphyr	87 904 $	82 165 $
	Rescousse (La), regroupement des parents de personnes handicapées du Grand Châteauguay	76 520 $	75 837 $
	Total - Déficience intellectuelle	**3 629 206 $**	**3 549 132 $**
Déficience physique	Aphasie Rive-Sud	34 159 $	33 854 $
	Association de la sclérose en plaques de Sorel-Tracy et régions	41 454 $	44 084 $
	Association des devenus sourds et des malentendants du Québec, secteur Sud-Ouest	42 174 $	41 798 $
	Association des personnes aphasiques de Richelieu-Yamaska	35 797 $	35 478 $
	Association des personnes aphasiques Granby-Région	14 468 $	14 339 $
	Association des personnes handicapées de la Vallée-du-Richelieu	77 008 $	76 321 $
	Association des personnes handicapées physiques de Brome-Missisquoi	99 956 $	99 064 $
	Association des personnes handicapées Sorel-Tracy	74 757 $	74 090 $
	Association des traumatisés cranio-cérébraux de la Montérégie (ATCCM)	73 354 $	72 700 $

Catégorie de l'organisme	Nom de l'organisme	2014-2015	2013-2014
Déficience physique (suite)	Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (AQEPA) Montréal régional inc.	52 410 $	51 943 $
	Association montérégienne de la surdité	72 746 $	77 142 $
	Association québécoise de la dysphasie, région Montérégie	79 507 $	78 797 $
	Association sclérose en plaques Rive-Sud	103 304 $	102 383 $
	Au moulin de la source	169 920 $	168 404 $
	Centre de réhabilitation AVC	12 434 $	12 323 $
	Centre Notre-Dame de Fatima	87 231 $	86 453 $
	Envol du Haut-Richelieu inc. (L')	81 288 $	80 563 $
	Foyer St-Antoine de Longueuil inc. (Le)	464 932 $	450 785 $
	Lucioles de St-Hubert (Les)	13 443 $	13 323 $
	O.E.I.L. (L')	2 536 $	2 513 $
	Regroupement des personnes handicapées région du Haut-Richelieu inc.	8 713 $	8 713 $
	Sclérose en plaques Haute-Yamaska-Richelieu	52 410 $	51 943 $
	Sclérose en plaques St-Hyacinthe-Acton	41 657 $	41 285 $
	Société canadienne de la sclérose en plaques (section Montérégie)	79 114 $	78 408 $
	Regroupement des personnes handicapées de la région de Beauharnois inc. (Le)		76 $
	Total - Déficience physique	**1 814 772 $**	**1 796 706 $**
Déficiences multiples	Association des personnes handicapées de la Rive-Sud Ouest	131 050 $	129 881 $
	Total - Déficiences multiples	**131 050 $**	**129 881 $**
Hébergement mixte	Abri de la Rive-Sud	313 986 $	309 850 $
	Centre de transition en itinérance du Suroît	10 749 $	26 441 $
	Hébergement la C.A.S.A. Bernard Hubert	397 110 $	408 921 $
	Maison d'hébergement pour personnes en difficulté de Granby inc.	318 393 $	305 642 $
	Total - Hébergement mixte	**1 040 238 $**	**1 050 854 $**
Hommes en difficulté	AVIF (Action sur la violence et intervention familiale)	181 877 $	180 720 $
	Entraide pour hommes Vallée-du-Richelieu inc. (L')	378 577 $	375 200 $
	Maison Le Passeur	150 268 $	148 928 $
	Ressource pour hommes de la Haute-Yamaska	158 066 $	156 656 $
	Via L'Anse	170 029 $	168 512 $
	Total - Hommes en difficulté	**1 038 817 $**	**1 030 016 $**

Catégorie de l'organisme	Nom de l'organisme	2014-2015	2013-2014
Maintien à domicile	Association des aidants(es) naturels(les) du Bas-Richelieu	123 375 $	122 274 $
	Association vivre et vieillir chez soi du Bas-Richelieu inc.	118 402 $	117 347 $
	Centre communautaire multi-services Un coin chez-nous 1983	153 645 $	152 275 $
	Centre de soutien entr'Aidants	287 032 $	284 472 $
	Comité popote roulante de Cowansville inc. (Le)	40 934 $	40 569 $
	Comité popote roulante de Farnham inc. (Le)	36 882 $	36 553 $
	Entraide Chez Nous (L')	104 496 $	103 564 $
	Joyeux retraités de Longueuil	7 693 $	7 693 $
	Lunch club soleil	37 855 $	37 517 $
	Maison des aînés de Soulanges (La)	127 699 $	126 560 $
	Popote de la région de Bedford (La)	39 144 $	38 795 $
	Popote roulante de Châteauguay	30 800 $	30 525 $
	Popote roulante de l'Ange-Gardien	5 000 $	5 000 $
	Popote roulante de Salaberry-de-Valleyfield (La)	87 986 $	87 202 $
	Regroupement soutien aux aidants de Brome-Missisquoi	180 264 $	178 656 $
	S.A.B.E.C. (Services d'accompagnement bénévole et communautaires)	126 409 $	125 282 $
	Société Alzheimer de Granby et région inc.	129 776 $	128 619 $
	Société Alzheimer des Maskoutains - Vallée des Patriotes	53 718 $	53 239 $
	Société Alzheimer du Haut-Richelieu	144 978 $	143 685 $
	Entraide 3e âge maskoutaine	102 375 $	135 685 $
	Total Maintien à domicile	**1 938 463 $**	**1 955 512 $**
Maisons d'hébergement communautaire jeunesse	Antichambre 12-17, Hébergement jeunesse du Suroît (L')	34 566 $	25 160 $
	Antre-temps Longueuil (L')	426 595 $	435 425 $
	Auberge sous mon toit inc.	408 153 $	423 624 $
	Élan des jeunes (L')	59 772 $	40 600 $
	Maison d'hébergement jeunesse Espace Vivant/Living Room	279 672 $	274 056 $
	Maison Le Baluchon	397 640 $	403 941 $
	Total - Maisons d'hébergement communautaire jeunesse	**1 606 398 $**	**1 602 806 $**

Catégorie de l'organisme	Nom de l'organisme	2014-2015	2013-2014
Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté	Accueil pour elle (L')	768 118 $	761 267 $
	Carrefour pour elle	791 078 $	784 022 $
	Clé sur la porte, maison d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale et leurs enfants inc.	796 896 $	789 788 $
	Hébergement d'urgence violence conjugale Vaudreuil-Soulanges (La Passerelle)	666 433 $	660 489 $
	Horizon pour elle inc.	758 092 $	751 330 $
	Maison Alice-Desmarais	744 601 $	737 959 $
	Maison d'aide et d'hébergement La Re-source de Châteauguay	734 744 $	728 190 $
	Maison d'hébergement Simonne-Monet-Chartrand	703 310 $	697 063 $
	Maison Hina inc.	748 170 $	743 803 $
	Maison La Source du Richelieu	756 787 $	750 230 $
	Pavillon Marguerite de Champlain	767 347 $	760 502 $
	Résidence Elle du Haut St-Laurent	565 607 $	560 562 $
	Total - Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté	**8 801 183 $**	**8 725 205 $**
Maisons de jeunes	Action jeunesse Roussillon	95 914 $	95 093 $
	Action jeunesse St-Pie X de Longueuil inc.	98 802 $	97 921 $
	Adoléus inc. (L')	77 910 $	77 474 $
	Butte (La)	39 674 $	29 467 $
	Carrefour jeunesse d'Iberville	93 026 $	103 436 $
	Centre amitié-jeunesse Chambly inc.	86 685 $	85 912 $
	Centre jeunesse « Le trait d'union »	132 090 $	130 808 $
	Exit de Waterloo (L')	151 138 $	149 925 $
	Jeunesse Beauharnois	103 606 $	104 803 $
	Maison de jeunes de Sorel inc.	203 459 $	203 013 $
	Maison de jeunes des quatre lieux	79 736 $	79 038 $
	Maison de jeunes l'Escalier en mon Temps	146 295 $	144 834 $
	Maison de jeunes Sac-Ado	86 685 $	85 912 $
	Maison de la jeunesse douze-dix-sept de Valleyfield	100 042 $	104 615 $
	Maison des jeunes Châtelois inc.	131 922 $	135 746 $
	Maison des jeunes d'Acton Vale (La)	85 361 $	84 600 $
	Maison des jeunes de Beaujeu (La)	92 229 $	92 818 $

Catégorie de l'organisme	Nom de l'organisme	2014-2015	2013-2014
	Maison des jeunes de Contrecœur inc.	101 872 $	100 935 $
	Maison des jeunes de Farnham inc.	130 508 $	129 770 $
	Maison des jeunes de Granby inc. (La)	116 859 $	118 647 $
	Maison des jeunes de Huntingdon inc. (La)	98 218 $	95 439 $
	Maison des jeunes de la Frontière (La)	20 581 $	22 821 $
	Maison des jeunes de La Prairie (La)	82 236 $	81 537 $
	Maison des jeunes de l'Île Perrot - Martin Bernier	75 526 $	74 094 $
	Maison des jeunes de Longueuil	96 685 $	85 912 $
	Maison des jeunes de Marieville	5 700 $	5 700 $
	Maison des jeunes de Rigaud (La)	83 052 $	80 163 $
	Maison des jeunes de Saint-Bruno inc.	93 185 $	92 412 $
	Maison des jeunes de Sainte-Anne-de-Sorel « Le phare des jeunes » inc.	70 793 $	70 162 $
	Maison des jeunes de Sainte-Julie inc. (La)	100 054 $	99 133 $
	Maison des jeunes de Saint-Philippe	38 575 $	55 911 $
	Maison des jeunes de St-Hyacinthe (La)	104 160 $	95 471 $
Maisons de jeunes (suite)	Maison des jeunes de St-Rémi Inc. (La)	121 063 $	122 243 $
	Maison des jeunes de Sutton inc. (La)	84 745 $	83 956 $
	Maison des jeunes de Tracy L'Air du temps inc.	87 577 $	91 796 $
	Maison des jeunes de Varennes inc.	101 271 $	100 339 $
	Maison des jeunes de Vaudreuil-Dorion	77 973 $	77 583 $
	Maison des jeunes de Verchères (La)	126 573 $	125 728 $
	Maison des jeunes des Quatre Fenêtres inc. (La)	126 143 $	125 134 $
	Maison des jeunes des Quatre-Vents	29 271 $	22 297 $
	Maison des jeunes La piaule de Boucherville	81 376 $	80 588 $
	Maison des jeunes La Porte ouverte	142 378 $	140 591 $
	Maison des jeunes La Traversée	68 065 $	66 394 $
	Maison des jeunes Le Boum (La)	104 483 $	103 532 $
	Maison des jeunes Le Dôme Inc.	107 565 $	109 163 $
	Maison des jeunes l'Entracte (La)	78 444 $	77 789 $
	Maison des jeunes Les Cèdres	67 727 $	66 534 $
	Maison des jeunes Merciérois	51 488 $	52 163 $

Catégorie de l'organisme	Nom de l'organisme	2014-2015	2013-2014
Maisons de jeunes (suite)	Maison des jeunes Sympholie	30 091 $	29 857 $
	Maison jeunesse L'Oxy-Bulle de Roxton	40 434 $	39 953 $
	Programme action jeunesse de Candiac	98 445 $	95 089 $
	Programme d'intervention jeunesse (P.I.J.)	84 742 $	146 260 $
	Société pour l'épanouissement des jeunes de St-Amable (La)	78 266 $	77 539 $
	Maison des jeunes de St-Dominique (La)		4 285 $
	Total - Maisons de jeunes	**4 810 698 $**	**4 852 335 $**
Organismes de justice alternative	Bénado inc.	343 363 $	
	Justice alternative du Haut-Richelieu	274 314 $	264 072 $
	Justice alternative du Suroît	410 572 $	452 143 $
	Justice alternative et médiation	268 977 $	266 578 $
	Justice alternative Pierre-De Saurel inc.	150 137 $	142 891 $
	Justice alternative Richelieu-Yamaska	392 840 $	389 336 $
	Ressources alternatives Rive-Sud	819 296 $	811 978 $
	Total - Organismes de justice alternative	**2 659 499 $**	**2 667 923 $**
Orientation et identité sexuelles	Divers-Gens	15 000 $	30 000 $
	Jeunes Adultes GAI-E-S (J.A.G.)	104 172 $	102 510 $
	Total - Orientation et identité sexuelles	**119 172 $**	**132 510 $**
Personnes âgées	Action-services aux proches aidants de Longueuil	161 722 $	160 279 $
	Aidants naturels du Haut-St-Laurent (ANHSL) (Les)	106 171 $	105 224 $
	Aînés en mouvement	30 575 $	30 302 $
	Baladeur René de Longueuil	8 256 $	8 182 $
	Briser l'isolement chez les aînés, centre d'écoute Montérégie	57 719 $	57 204 $
	Centre communautaire des aînés et aînées de Longueuil	179 168 $	177 570 $
	Centre communautaire l'Entraide plus inc.	138 837 $	137 599 $
	Club 3e âge de Farnham inc.	25 238 $	25 013 $
	Club St-Luc de Verchères	25 997 $	25 765 $
	Comité mieux vieillir à Sainte-Martine	2 557 $	2 534 $
	FADOQ - Région Rive-Sud-Suroît	132 431 $	131 249 $
	Grand rassemblement des aînés de Vaudreuil et Soulanges	127 948 $	126 807 $
	Maison des aînés (es) de La Prairie	62 490 $	61 932 $

Catégorie de l'organisme	Nom de l'organisme	2014-2015	2013-2014
Personnes âgées (suite)	Maison des Tournesols (1981)	302 253 $	299 557 $
	Maison soutien aux aidants (La)	207 042 $	210 036 $
	Projet Communic-Action	132 815 $	131 630 $
	Regroupement des organismes montérégiens d'aidants naturels (ROMAN)	65 122 $	64 541 $
	Regroupement pour la santé des aînés Pierre-de-Saurel	61 945 $	61 392 $
	Société Alzheimer du Suroît	167 433 $	165 940 $
	Société Alzheimer Rive-Sud	763 302 $	756 494 $
	Total - Personnes âgées	**2 759 021 $**	**2 739 250 $**
Personnes démunies	Aide momentanée pour les urgences rigaudiennes (A.M.U.R.) inc.	12 043 $	11 999 $
	Aux sources du bassin de Chambly	36 467 $	39 423 $
	Bouffe additionnelle (La)	72 821 $	72 250 $
	Bouffe du carrefour (La)	96 634 $	96 120 $
	Café de la débrouille (Le)	25 611 $	25 116 $
	Café des deux pains de Valleyfield	84 379 $	83 719 $
	Carrefour communautaire Saint-Roch-de-Richelieu	89 469 $	88 908 $
	Carrefour Le Moutier	57 107 $	54 231 $
	Carrefour Mousseau	126 894 $	125 624 $
	Carrefour-Dignité (St-Jean)	26 933 $	26 693 $
	Centre communautaire de Châteauguay inc.	36 927 $	36 598 $
	Centre de partage communautaire johannais (CPCJ)	6 499 $	6 441 $
	Coin du partage de Beauharnois inc. (Le)	41 790 $	41 611 $
	Comité action populaire Lemoyne	44 726 $	44 447 $
	Complexe Le Partage	212 496 $	139 552 $
	Corne d'abondance entraide alimentaire et solidarité (La)	95 559 $	94 611 $
	Croisée de Longueuil inc. (La)	166 655 $	165 754 $
	Cuisines collectives de la Montérégie (Les)	99 378 $	98 544 $
	Cuisines de l'Amitié	51 209 $	53 534 $
	Entraide Mercier	12 282 $	12 172 $
	Grenier aux trouvailles (Partage sans faim)	95 551 $	105 126 $
	Maison de l'entraide de Ste-Julie inc. (La)	23 607 $	23 475 $
	Maison d'hébergement dépannage de Valleyfield (MHDV)	197 939 $	196 173 $

Catégorie de l'organisme	Nom de l'organisme	2014-2015	2013-2014
Personnes démunies (suite)	Moisson Maskoutaine (La)	53 981 $	53 519 $
	Moisson Rive-Sud	142 466 $	141 259 $
	Moisson Sud-Ouest	153 977 $	142 436 $
	Partage Notre-Dame	49 702 $	54 069 $
	Porte du passant inc. (La)	119 193 $	108 295 $
	Rencontre châteauguoise (La)	164 609 $	160 740 $
	Repas du passant (Le)	169 148 $	168 180 $
	Ressources St-Jean-Vianney	48 012 $	52 542 $
	S.O.S. Dépannage Granby et région inc.	147 207 $	145 913 $
	Service alimentaire communautaire (SAC) (Le)	42 431 $	42 176 $
	Sourire sans fin	222 130 $	220 283 $
	Association pour la défense des droits sociaux de Huntingdon		994 $
	Cuisine collective Soulanges		48 234 $
	Cuisines collectives LIMO		4 980 $
	Total - Personnes démunies	**3 025 832 $**	**2 931 533 $**
Santé mentale	Accolade santé mentale (L')	225 818 $	223 804 $
	Alternative - Centregens	306 929 $	304 191 $
	Alternative en santé mentale l'Autre Versant inc.	403 052 $	399 457 $
	Ancre et Ailes du Haut St-Laurent	173 336 $	171 800 $
	Arc-en-ciel (Vaudreuil-Soulanges)	168 822 $	167 579 $
	Arc-en-ciel des Seigneuries, groupe d'entraide en santé mentale (L')	116 635 $	115 595 $
	Association canadienne pour la santé mentale, filiale Sorel-St-Joseph-Tracy	88 278 $	87 491 $
	Association canadienne pour la santé mentale, filiale du Haut-Richelieu	106 905 $	110 996 $
	Association d'entraide en santé mentale « L'Éveil » de Brome-Missisquoi	159 579 $	158 156 $
	Association des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale - Rive-Sud (APAMM-RS)	297 532 $	294 878 $
	Association Le Vaisseau d'Or	158 542 $	157 128 $
	Ateliers transition inc. (Les)	278 250 $	275 768 $
	Au Second Lieu	179 593 $	178 080 $
	Avant-garde en santé mentale (L')	267 332 $	264 947 $
	Campagnol des jardins de Napierville centre de jour (Le)	120 744 $	119 667 $

Catégorie de l'organisme	Nom de l'organisme	2014-2015	2013-2014
	Centre de prévention du suicide de la Haute-Yamaska inc.	449 281 $	450 277 $
	Centre de prévention du suicide du Haut-Richelieu	395 715 $	389 847 $
	Centre de prévention du suicide Pierre-De Saurel	385 709 $	382 269 $
	Centre de transition Perceval inc.	487 657 $	483 307 $
	Centre psychosocial Richelieu-Yamaska (Le)	630 613 $	624 988 $
	Collectif de défense des droits de la Montérégie	491 741 $	487 355 $
	Contact Richelieu-Yamaska	494 848 $	497 434 $
	Éclusier du Haut-Richelieu	273 339 $	270 901 $
	Entrée chez-soi Brome-Missisquoi	222 907 $	220 919 $
	Filiale Rive-Sud de l'ACSM	70 925 $	70 292 $
	Groupe d'entraide GEME	57 602 $	57 088 $
	Groupe d'entraide L'Arrêt-Court, Sorel-Tracy	126 048 $	124 924 $
	Groupe d'entraide le Dahlia de Beauharnois (Le)	129 721 $	128 564 $
	Havre à nous (le)/Our Harbour	43 562 $	38 218 $
	Hébergement l'Entre-Deux	461 792 $	457 673 $
Santé mentale (suite)	Maison alternative de développement humain (MADH) inc.	226 828 $	226 805 $
	Maison d'hébergement RSSM	411 588 $	407 917 $
	Maison d'intervention Vivre	344 956 $	341 879 $
	Maison du goéland de la Rive-Sud (La)	558 494 $	553 512 $
	Maison Jacques-Ferron	469 820 $	465 629 $
	Maison le Point Commun	378 159 $	374 786 $
	Maison sous les arbres	1 074 765 $	1 065 178 $
	Oasis santé mentale Granby et région	239 834 $	235 039 $
	Phare source d'entraide (Le)	147 655 $	146 411 $
	Phare, Saint-Hyacinthe et régions inc. (Le)	229 809 $	227 759 $
	Pont du Suroît (Le)	209 139 $	207 274 $
	Psycohésion inc.	118 197 $	117 143 $
	Réseau d'habitations Chez soi	170 236 $	168 718 $
	Ressource de transition le Tournant	903 933 $	895 870 $
	Service d'intervention en santé mentale - ESPOIR	1 172 932 $	1 162 470 $
	Société de schizophrénie de la Montérégie	37 518 $	37 183 $

Catégorie de l'organisme	Nom de l'organisme	2014-2015	2013-2014
Santé mentale (suite)	Tel-aide région du Suroît	75 569 $	74 895 $
	Toits d'Émile (Les)	49 215 $	38 865 $
	Trait-d'union montérégien	94 374 $	98 532 $
	Transition pour elles inc.	196 845 $	225 089 $
	Groupe d'entraide « Pi-Après »	81 028 $	78 528 $
	Total - Santé mentale	**14 963 701 $**	**14 863 075 $**
Santé physique	Aide arthrite du Bas-Richelieu	12 664 $	12 551 $
	Association de fibromyalgie du Bas-Richelieu	17 058 $	16 906 $
	Association de fibromyalgie et du syndrome de fatigue chronique de Vaudreuil-Soulanges	40 346 $	39 986 $
	Association de la fibromyalgie région Montérégie		72 781 $
	Diabète Brome-Missisquoi (DBM)	37 406 $	37 406 $
	Diabète Rive-Sud	6 278 $	16 222 $
	Diabétiques de la Haute-Yamaska (Les)	6 499 $	6 441 $
	Diabétiques Sorel-Tracy inc. (Les)	13 983 $	13 858 $
	Épilepsie Granby et région inc.	53 074 $	52 601 $
	Groupe Le Tournant	- $	26 151 $
	Total - Santé physique	**265 744 $**	**294 903 $**
Troubles envahissants du développement	Association de parents PANDA de Vaudreuil-Soulanges	14 126 $	13 405 $
	Autisme Montérégie	223 938 $	221 941 $
	Répit TED-Autisme Montérégie	114 313 $	113 293 $
	Total - Troubles envahissants du développement	**352 377 $**	**348 639 $**
VIH - SIDA	ÉMISS-ère (Équipe multidisciplinaire d'intervention en santé sexuelle)	382 580 $	379 167 $
	Total - VIH - SIDA	**382 580 $**	**379 167 $**
	TOTAL GÉNÉRAL ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ADMIS AU PSOC	67 002 838 $	66 654 985 $
		401 org.	407 org.

FINANCEMENT AUTRES PROGRAMMES – AUTRES OSBL (NON ADMIS AU PSOC)

Catégorie de l'organisme	Nom de l'organisme	2014-2015	2013-2014
Alcoolisme, toxicomanie, dépendance	Centre de prévention de la violence familiale Générations		1 052 $
	Las de cœur - centre d'intervention pour joueurs compulsifs et pathologiques	130 011 $	130 011 $
	Total - Alcoolisme, toxicomanie, dépendance	**130 011 $**	**131 063 $**
Autres ressources jeunesse	Bureau de consultation-jeunesse inc.	35 789 $	36 277 $
	Total - Autres ressources jeunesse	**35 789 $**	**36 277 $**
Communautés culturelles et autochtones	Maison internationale de la Rive-Sud inc.	3 085 $	3 658 $
	Solidarité ethnique régionale de la Yamaska	3 085 $	3 658 $
	Vision inter-cultures	53 360 $	53 118 $
	Total - Communautés culturelles et autochtones	**59 530 $**	**60 434 $**
Concertation et consultation générale	Association coopérative d'économie familiale Montérégie-Est	108 658 $	107 689 $
	Corporation de développement communautaire Beauharnois-Salaberry	87 245 $	86 467 $
	CRÉ Vallée-du-Haut-Saint-Laurent	15 000 $	15 000 $
	Loisir et sport Montérégie	74 692 $	72 238 $
	Réseau du sport étudiant du Québec - Montérégie	2 500 $	4 267 $
	Table de concertation de la petite enfance et des personnes démunies de la Vallée-des-Patriotes	71 760 $	71 120 $
	Table de concertation jeunesse de la Vallée-des-Patriotes	20 328 $	26 756 $
	Table de concertation jeunesse du Bas-Richelieu	4 566 $	4 177 $
	Table de concertation jeunesse maskoutaine inc. (La)	5 804 $	4 152 $
	Total - Concertation et consultation générale	**390 553 $**	**391 866 $**
Contraception, allaitement, périnatalité, famille	Actions familles Sainte-Martine/Saint-Urbain-Premier	10 470 $	6 396 $
	Amitié matern'elle	820 $	813 $
	Apprendre en cœur	1 093 $	1 083 $
	Barbaparents (Les)	255 735 $	253 454 $
	Bonjour Soleil, regroupement de familles monoparentales et recomposées de la Vallée-du-Richelieu	3 100 $	1 100 $
	Camp de vacances familiales Valleyfield inc.	16 702 $	12 626 $
	Carrefour du partage de Salaberry-de-Valleyfield	3 200 $	8 000 $
	Carrefour familial du Richelieu	87 674 $	88 734 $
	Centre de la famille St-Pie	9 288 $	5 088 $

Catégorie de l'organisme	Nom de l'organisme	2014-2015	2013-2014
Contraception, allaitement, périnatalité, famille (suite)	Centre de la petite enfance Les Pommettes rouges	135 189 $	133 781 $
	Centre de ressources familiales du Haut-St-Laurent	78 140 $	77 456 $
	CPE Matin Soleil inc.	18 100 $	
	Écrit tôt de Saint-Hubert (L')	6 323 $	6 323 $
	Envol, programme d'aide aux jeunes mères (L')	75 426 $	74 753 $
	Fablier, une histoire de familles (Le)	15 784 $	15 551 $
	Ligue La Leche	1 348 $	1 336 $
	Maison de la famille de Brossard (La)	25 466 $	22 383 $
	Maison de la famille des Maskoutains (La)	13 566 $	9 488 $
	Maison de la famille Kateri		1 500 $
	Maison de la famille La Parentr'aide	116 603 $	115 824 $
	Maison de la famille Lemoyne	22 114 $	21 766 $
	Maison de la famille Valoise inc.	72 984 $	77 035 $
	Maison des enfants de Varennes (La)	14 169 $	13 946 $
	Maison des familles de Granby et région	12 874 $	14 243 $
	Maison La Virevolte	43 543 $	43 000 $
	Maison Tremplin de Longueuil (La)	17 908 $	17 675 $
	Ruche magique (La)	53 660 $	71 120 $
	Station de l'aventure, maison de la famille (La)	9 324 $	1 500 $
	Petit Pont (Le)	5 500 $	5 449 $
	Total - Contraception, allaitement, périnatalité, famille	**1 126 103 $**	**1 101 423 $**
Déficiences multiples	Académie Zénith		70 000 $
	Total Déficiences multiples	**- $**	**70 000 $**
Maisons agréées de soins palliatifs (OC & OSBL)	Fondation de la Maison de soins palliatifs de Vaudreuil-Soulanges (FMSPVS)	824 677 $	771 490 $
	Fondation Source Bleue	924 677 $	771 490 $
	Maison au Diapason (La)	549 785 $	514 330 $
	Maison Victor-Gadbois (La)	1 117 797 $	821 490 $
	Total - Maison agréées de soins palliatifs (OC & OSBL)	**3 416 936 $**	**2 878 800 $**

Catégorie de l'organisme	Nom de l'organisme	2014-2015	2013-2014
Personnes démunies	Association pour la défense des droits sociaux de Huntingdon	1 000 $	
	Centre communautaire Le Trait d'union	15 150 $	14 607 $
	Loisirs et services communautaires de Lac-Brome inc.	6 484 $	6 382 $
	Table itinérance Rive-Sud	52 303 $	5 000 $
	Total - Personnes démunies	**74 937 $**	**25 989 $**
	TOTAL GÉNÉRAL AUTRES PROGRAMMES - AUTRES OSBL - NON ADMIS AU PSOC	5 233 859 $	4 696 852 $
		50 org.	51 org.
	GRAND TOTAL	72 296 677 $	71 350 777 $
		451 org.	458 org.

ANNEXE IV

Code d'éthique et de déontologie

1. PRÉAMBULE

L'Agence a pour mission d'assurer la coordination du réseau montérégien, d'améliorer la performance de celui-ci et de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Les membres du conseil d'administration (ci-après les administrateurs) sont désignés pour contribuer, dans le cadre de leur mandat, à la réalisation de cette mission ainsi qu'à la saine gestion des ressources et, le cas échéant, des biens de l'Agence.

Compte tenu du caractère public de la mission et des ressources qui sont confiées à l'Agence, il est primordial que la conduite de ses administrateurs témoigne de leur dévouement au service public et d'un comportement éthique exemplaire. Le présent code d'éthique et de déontologie vise donc notamment à assurer que la contribution des administrateurs se fasse dans le respect du droit, des personnes et des instances ainsi que des valeurs de l'Agence et de l'administration publique. En cas de doute, les administrateurs doivent agir dans l'esprit des principes et des règles applicables.

2. OBJECTIFS

Le présent document vient préciser les valeurs éthiques et les devoirs en matière de déontologie qui doivent guider la conduite des administrateurs dans l'exercice de leurs fonctions. Il se veut complémentaire aux codes de déontologie professionnels, aux ententes en vigueur, aux politiques, aux procédures, aux lois et aux règlements encadrant l'exercice des fonctions des personnes visées.

L'éthique réfère aux valeurs qui animent les individus et à celles qui sont véhiculées par l'organisation. Elle fait appel à un comportement allant au-delà de la simple observance de la loi, des règles et règlements édictés et représente le « juste » au-delà du légal. En cas d'incertitude, notamment lorsque la règle est ambiguë ou lorsque plusieurs règles s'affrontent, c'est alors que les valeurs éthiques interviennent afin de soutenir la prise de décision.

La déontologie énonce un ensemble de lois, de règles et de normes obligatoires auxquelles il est nécessaire de se conformer. La déontologie entend préciser de manière concrète les attentes et les comportements espérés de la part des administrateurs.

En conséquence,

2.1 Les principes et les règles contenus dans ce code visent à promouvoir auprès des administrateurs les principes d'intégrité, d'objectivité, d'impartialité et de transparence dans l'exercice de leurs fonctions et aussi à préserver et à maximiser leur capacité à agir dans l'intérêt de la population de la Montérégie.

2.2 Le présent code vise également à maintenir et à renforcer la confiance de la population de la Montérégie, des partenaires de l'Agence et des instances gouvernementales, quant à la saine administration des ressources qui lui sont confiées.

2.3 Le présent code d'éthique et de déontologie n'a pas pour objet de se substituer aux lois et règlements en vigueur, mais plutôt de les soutenir et de les renforcer. En cas de divergence entre le présent code et le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, les principes et règles les plus exigeants s'appliquent.

3. CADRE LÉGAL

Les éléments contenus dans le présent code d'éthique et de déontologie sont issus des prescriptions des textes suivants :

- Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2)
- Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (L.R.Q., c. M-30, r.1)

- Déclaration des valeurs de l'administration publique québécoise (21 novembre 2002, Assemblée nationale, document sessionnel n° 1598-20021121)

4. CHAMP D'APPLICATION

4.1 Le présent code d'éthique et de déontologie s'applique aux administrateurs de l'Agence nommés par le ministre de la Santé et des Services sociaux en application de l'article 397 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

4.2 Il s'applique également au président-directeur général, malgré le fait qu'il puisse également être régi par des normes d'éthique ou de déontologie qui pourraient autrement lui être applicables à titre de membre du personnel de l'Agence.

5. DÉFINITIONS

« Administrateurs » : Les membres du conseil d'administration, incluant le président-directeur général.

« Conflit d'intérêts » : Toute situation où l'intérêt personnel direct ou indirect de l'administrateur risque de compromettre l'exécution indépendante, objective et impartiale de ses responsabilités.

« Règlement » : Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics.

« Code » : Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

« Conflit de rôles » : Conflit potentiel lié à la provenance d'un administrateur en vertu de l'article 397 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

6. VALEURS

Les administrateurs adhèrent aux valeurs de l'administration publique québécoise reproduites en annexe V[2] ainsi qu'aux valeurs propres à l'Agence et qui sont les suivantes :

6.1 **Agir avec compétence et rigueur**
Chaque administrateur s'acquitte de ses tâches avec professionnalisme. Il met à contribution ses connaissances, ses habiletés et son expertise pour atteindre les résultats visés. Il fait une utilisation judicieuse des ressources et de l'information mises à sa disposition.

6.2 **Agir avec impartialité et transparence**
Chaque administrateur fait preuve de neutralité et d'objectivité. Il prend des décisions dans le respect des règles applicables et accorde à tous un traitement équitable. Il remplit ses fonctions sans considération partisane. Il fait en sorte qu'il soit manifeste que les décisions sont prises dans l'intérêt public et en toute transparence.

6.3 **Agir avec intégrité**
Chaque administrateur se conduit d'une manière juste et honnête. Il évite de se mettre dans une situation où il se rendrait redevable à quiconque pourrait l'influencer indûment dans l'exercice de ses fonctions.

6.4 **Agir avec loyauté**
Chaque administrateur est conscient qu'il est un représentant de l'Agence auprès de la population. Il adhère aux principes démocratiques de notre société, il défend les intérêts de l'Agence et évite de lui causer préjudice.

6.5 **Agir avec respect**
Chaque administrateur manifeste de la considération à l'égard de toutes les personnes avec lesquelles il interagit dans l'exercice de ses fonctions. Il fait preuve de courtoisie, d'écoute et de discrétion à leur égard. Il se montre également diligent et évite toute forme de discrimination.

[2] Annexe au document Code d'éthique

7. OBLIGATIONS DÉONTOLOGIQUES

7.1 **Règles relatives aux travaux et aux réunions**

L'administrateur doit :

7.1.1 respecter les règlements, les politiques et les procédures en vigueur à l'Agence;

7.1.2 être assidu aux réunions et autres activités du conseil et de ses comités ou signifier son absence et organiser ses affaires personnelles de façon à ce qu'elles soient compatibles avec l'exercice de ses fonctions;

7.1.3 s'assurer que les données pertinentes et les enjeux lui soient fournis et qu'il dispose des données pertinentes et de l'espace réflexif requis à l'égard des enjeux en cause;

7.1.4 se préparer et s'assurer de bien comprendre la portée des décisions à prendre;

7.1.5 conserver une attitude de respect et de dignité et préserver la confiance et la considération que requiert son statut;

7.1.6 se contraindre à la discrétion au regard des informations auxquelles il accède dans le cadre de ses fonctions;

7.1.7 respecter le caractère confidentiel des débats, échanges, discussions et informations écrites et verbales reçues;

7.1.8 s'abstenir de faire des confidences, des déclarations et d'agir de façon à discréditer l'Agence ou le conseil d'administration ou de nuire à leur bon fonctionnement;

7.1.9 oter lorsque requis ou signifier son abstention;

7.1.10 être solidaire des décisions prises par le conseil et faire preuve de réserve concernant les décisions du conseil;

7.1.11 éviter de se substituer aux porte-parole de l'Agence.

7.2 **Règles relatives aux conflits d'intérêts et aux conflits de rôles**

L'administrateur doit :

7.2.1 faire preuve d'indépendance, agir à titre personnel et ne représenter d'aucune façon les intérêts particuliers des personnes, groupes, organismes, associations ou territoires desquels il est issu. L'administrateur n'est pas en conflit d'intérêts ou de rôles du seul fait qu'il provient d'un milieu, secteur ou organisme ayant proposé sa candidature aux fins de nomination au conseil, en vertu de l'article 397 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux;

7.2.2 éviter de se placer en situation réelle ou potentielle de conflit d'intérêts;

7.2.3 dénoncer à l'organisme tout intérêt direct ou indirect qu'il a dans une entreprise susceptible de mettre en conflit ses intérêts personnels et ceux de l'Agence;

7.2.4 s'abstenir de siéger ou de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question porte sur une entreprise dans laquelle il a des intérêts directs ou indirects; cependant, le fait pour un membre du conseil d'administration d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une entreprise visée dans le présent article ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si le membre du conseil d'administration en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale;

7.2.5 reconnaître le fait que d'être membre du conseil d'administration de l'Agence ne donne aucun privilège quant aux services de santé et services sociaux auxquels une personne a droit, ni aucun pouvoir autre que ceux dont il est investi en sa qualité d'administrateur dans le cadre d'une assemblée dûment convoquée ou dans le cadre d'un mandat du conseil;

7.2.6 dissocier de l'exercice de ses fonctions la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles, d'affaires ou bénévoles;

7.2.7 saisir le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif s'il est d'avis qu'un membre du conseil d'administration a pu contrevenir à la loi, au règlement ou au présent code.

L'administrateur ne doit pas :

7.2.8 utiliser ou communiquer à un tiers une information privilégiée obtenue dans l'exercice de ses fonctions dans le but d'en retirer un avantage;

7.2.9 user indûment de son influence ou de son pouvoir, en raison de sa situation au sein du conseil d'administration;

7.2.10 se laisser influencer, dans ses prises de décisions, par des offres d'emploi réelles ou potentielles.

7.2.11 accepter un cadeau, marque d'hospitalité ou autre avantage qui n'est pas d'usage et d'une valeur modeste.

7.3 **Règles relatives aux activités politiques**

L'administrateur doit :

7.3.1 faire preuve de réserve dans la manifestation publique de ses opinions politiques;

7.3.2 prendre ses décisions indépendamment de considérations partisanes;

7.3.3 aviser le président du conseil d'administration (ou le secrétaire général du conseil exécutif dans le cas du président ou le président-directeur général de l'Agence) de son intention de présenter sa candidature à une charge publique élective;

7.3.4 dans le cas du président du conseil d'administration ou du président-directeur général de l'Agence, se démettre de ses fonctions s'il veut se porter candidat à une charge publique élective.

7.4 **Règles relatives à l'après-mandat**

Un administrateur qui a cessé d'exercer ses fonctions au service de l'Agence ne doit pas :

7.4.1 chercher à tirer des avantages indus de ses fonctions antérieures;

7.4.2 communiquer de l'information confidentielle ni donner à quiconque des conseils fondés sur de l'information non disponible au public concernant l'Agence ou un tiers avec lequel il avait des rapports directs importants au cours de son mandat;

7.4.3 dans l'année qui suit la fin de ses fonctions, agir au nom ou pour le compte d'autrui à l'égard d'une procédure, négociation ou autre opération à laquelle l'Agence est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.

Les administrateurs en fonction ne peuvent :

7.4.4 traiter dans les circonstances prévues à l'art. 7.4.3 avec l'administrateur qui y est visé dans l'année où celui-ci a quitté ses fonctions.

8. RÉMUNÉRATION

8.1 Les membres du conseil d'administration ne reçoivent aucun traitement ou rémunération autre que le remboursement des dépenses faites dans l'exercice de leurs fonctions.

9. MÉCANISMES D'APPLICATION

9.1 Dès leur entrée en fonction, les membres du conseil d'administration nommés ou désignés doivent :

9.1.1 s'engager à respecter le présent code ainsi que le Règlement et signer à cet effet l'annexe I[3] (engagement personnel) ;

9.1.2 déclarer leurs intérêts en complétant et en signant l'annexe II[4] (déclaration des intérêts). Cette déclaration doit être amendée si un élément nouveau doit y être ajouté ou retranché.

9.2 Conformément à l'article 19 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, le président du conseil d'administration a la responsabilité de s'assurer que les principes d'éthique et les règles de déontologie sont respectés par les administrateurs.

9.3 Si le président du conseil d'administration juge qu'il y a effectivement eu manquement au code ou au Règlement, il doit en aviser le secrétaire-général associé responsable des emplois supérieurs. C'est ce dernier qui décide des suites à donner.

9.4 La sanction qui peut être imposée conformément à l'article 40 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics est la réprimande, la suspension sans rémunération, le cas échéant, pour une durée maximale de trois mois ou la révocation.

9.5 Toute sanction imposée à un membre de conseil d'administration de même que la décision de le relever provisoirement de ses fonctions doit être écrite et motivée.

10. ENTRÉE EN VIGUEUR

Le présent Code d'éthique et de déontologie entre en vigueur au moment de son adoption par le conseil d'administration.

[3] Annexe au document Code d'éthique
[4] Annexe au document Code d'éthique

ANNEXE V

Notes complémentaires au rapport financier cumulé - Partie 1 - AUDITÉE

NOTE 1 - STATUT ET NATURE DES OPÉRATIONS

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (l'Agence) est constituée le 1er janvier 2006 en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). Elle a pour mandat d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

Le siège social de l'Agence est situé à Longueuil.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

Réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux

La Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (2015, chapitre 1) qui entre en vigueur le 1er avril 2015, entraînera une modification de l'organisation et de la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux par la création, pour chaque région socio-sanitaire visée, d'un ou de centres intégrés de santé et de services sociaux ou d'un ou de centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux, issu(s) de la fusion de l'agence de la santé et des services sociaux et d'établissements publics de la région.

Ainsi, l'Agence est fusionnée avec le CISSS de la Montérégie-Centre qui jouit de tous ses droits, acquiert tous ses biens, assume toutes ses obligations et poursuit toutes ses procédures sans reprise d'instance.

NOTE 2 - DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

Référentiel comptable

Aux fins de la préparation du présent rapport financier annuel, l'Agence utilise prioritairemenet le *Manuel de gestion financière* établi par le ministère de la Santé et des Services sociaux, tel que prescrit par l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4-2).

Ces directives sont conformes aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception des éléments suivants :

Les immeubles loués auprès de la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation n° 2 des Normes comptables canadiennes pour le secteur public;

De plus, afin de se conformer aux directives du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, l'Agence ne comptabilise pas à titre d'immobilisation corporelle louée trois ententes de Partenariat Public-Privé répondant, par ailleurs, à cette définition. En conséquence, l'Agence ne comptabilise pas l'actif et l'obligation relative au bien loué afférente, mais comptabilise plutôt en charge les sommes exigibles en vertu des ententes, ce qui n'est pas conforme aux normes comptables canadiennes pour le secteur public et une opinion avec réserve est présentée au rapport de l'auditeur indépendant.

Pour toute situation pour laquelle le Manuel de gestion financière ne contient aucune directive, l'Agence se réfère au Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public. L'utilisation de toute autre source de principes comptables généralement reconnus doit être cohérente avec ce dernier.

Par conséquent, les états financiers inclus dans le présent rapport financier annuel sont conformes aux principes comptables généralement reconnus pour le secteur public sauf pour les éléments mentionnés ci-haut.

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Celles-ci ont une incidence sur la comptabilisation des actifs et des passifs, la présentation d'éléments d'actifs et de passifs éventuels à la date des états financiers, ainsi que sur la comptabilisation des revenus et des charges de l'exercice présentés dans les présents états financiers.

Les principaux éléments pour lesquels des estimations ont été utilisées et des hypothèses formulées sont la durée de vie utile des immobilisations corporelles, la subvention à recevoir - réforme comptable, la provision relative à l'assurance salaire et le passif au titre des avantages sociaux futurs.

Au moment de la préparation du rapport financier annuel, la direction considère que les estimations et les hypothèses sont raisonnables. Cependant, les résultats réels pourraient différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Ainsi, les opérations et les faits sont comptabilisés dans l'exercice au cours duquel ils ont lieu, sans égard au moment où ils donnent lieu à un encaissement ou un décaissement.

Périmètre comptable

Le périmètre comptable de l'Agence comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant tous les soldes et opérations relatifs aux biens en fiducie obtenus.

Revenus

Les subventions gouvernementales du Québec et du Canada, reçues ou à recevoir, sont constatées aux revenus dans l'exercice au cours duquel le cédant les a dûment autorisées et que l'Agence bénéficiaire a rencontré tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

En présence de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources ou aux actions que l'Agence bénéficiaire doit poser pour les conserver, ou en présence de stipulations générales et d'actions ou de communications de l'Agence bénéficiaire qui donnent lieu à une obligation répondant à la définition de passif à la date des états financiers, les subventions gouvernementales sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis passées aux résultats au fur et à mesure que les stipulations sont rencontrées.

Une subvention pluriannuelle en provenance d'un ministère, d'un organisme budgétaire ou d'un fonds spécial n'est dûment autorisée par le Parlement que pour la partie pourvue de crédits au cours de l'exercice ou figurant au budget de dépenses et d'investissement voté annuellement par l'Assemblée nationale, respectivement, tel que stipulé dans la Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts (chapitre S-37.01).

Les sommes en provenance d'une entité hors du périmètre comptable gouvernemental sont constatés comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature des coûts, utilisation prévue ou période pendant laquelle les coûts devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles ne soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

Autres revenus

Les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement fédéral ou du Québec, et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu, sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Dépenses de transfert

Les dépenses de transfert octroyées, payées ou à payer sont constatées aux charges de l'exercice au cours duquel l'Agence cédant, les a dûment autorisées, en fonction des règles de gouvernance, notamment la Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des oganismes publics et municipaux et certains autres transferts (chapitre S-37.01), et que le bénéficiaire a satisfait tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

Les critères d'admissibilité de tout paiement de transfert versé d'avance sont réputés être respectés à la date des états financiers. Il est donc constaté à titre de charge de l'exercice de son émission.

Salaires, avantages sociaux et charges sociales

Les charges relatives aux salaires, avantages sociaux et charges sociales sont constatées dans les résultats de l'exercice au cours duquel elles sont encourues, sans considération du moment où les opérations sont réglées par un décaissement.

En conséquence, les obligations découlant de ces charges courues sont comptabilisées à titre de passif. La variation annuelle de ce compte est portée aux charges de l'exercice.

Charges inhérentes aux ventes de services

Les montants de ces charges sont déterminés de façon à égaler les montants des revenus correspondants.

Instruments financiers

En vertu de l'article 383 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), le ministère de la Santé et des Services sociaux prescrit le format du rapport financier annuel applicable aux agences.

Pour l'exercice terminé le 31 mars 2015, le MSSS a convenu de ne pas y inclure l'état des gains et pertes de réévaluatation requis par la norme comptable sur les instruments financiers. En effet, la très gande majorité des entités du réseau de la santé et des services sociaux ne détiennent pas d'instrument financier devant être évalué à la juste valeur considérant les limitations imposées par cette loi. De plus, les données financières des établissements et des agences sont consolidées dans les états financiers du Gouvernement du Québec, lequel n'appliquera la nouvelle norme sur les instruments financiers qu'à partir de l'exercice financier ouvert le 1er avril 2016.

En vertu de l'article 477, le ministère de la Santé et des Services sociaux met à jour un Manuel de gestion financière, lequel présente les principes directeurs applicables par les entités du réseau relativement à la comptabilisation et la présentation de leurs données dans le rapport financier annuel. Conformément à ces directives,

les instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif sont évalués au coût ou au coût après amortissement au lieu de leur juste valeur, comme le veut la norme comptable. De plus, les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et son amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéraire, au lieu d'être amortis selon la méthode du taux effectif et inclus dans le montant dû de la dette à laquelle ils se rapportent.

L'Agence ne détenait pas au 31 mars 2015 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et par conséquent, il n'y a pas de gain ou perte de réévaluation.

Par conséquent, l'encaisse, les placements temporaires, les débiteurs - Agences et MSSS, les autres débiteurs, les placements de portefeuilles sont classés dans la catégorie d'actifs financiers évalués au coût ou au coût après amortissement.

Les emprunts temporaires, les créditeurs - Agences et MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer excluant les charges sociales et taxes à payer, les avances de fonds en provenance de l'agence-enveloppes décentralisées, les intérêts courus à payer, les dettes à long terme sont classés dans la catégorie des passifs financiers évalués au coût ou au coût après amortissement.

Trésorerie et équivalents de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent l'encaisse et le découvert bancaire.

Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses.

La charge pour créances douteuses de l'exercice est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés respectivement et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Créditeurs et autres charges à payer

Tout passif relatif à des travaux effectués, des marchandises reçues ou des services rendus doit être comptabilisé aux créditeurs et autres charges à payer.

Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime.

Dettes subventionnées par le Gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçu d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement est déterminé par l'Agence à son rapport financier annuel.

Passifs au titre des avantages sociaux futurs

Les passifs au titre des avantages sociaux futurs comprennent principalement les obligations de l'assurance-salaire ainsi que des congés de maladie et de vacances cumulés. Les autres avantages sociaux comprennent les droits parentaux.

Provision pour assurance-salaire

Les obligations découlant de l'assurance-salaire sont évaluées annuellement par le ministère de la Santé et des Services sociaux, par le biais de l'une des deux méthodes suivantes. La méthode par profil est généralement utilisée, laquelle est basée sur les dossiers observés en assurance-salaire en tenant compte des facteurs tels que le sexe, le groupe d'âge, le regroupement d'emploi, le groupe de diagnostics, l'écart entre l'année financière du paiement et celle d'ouverture du dossier. Lorsque l'information nécessaire pour cette méthode n'est pas disponible, la méthode dite globale basée sur la moyenne des dépenses des trois dernières années est alors employée. Ces obligations ne sont pas actualisées. La variation annuelle est constatée dans les charges non réparties.

Provision pour vacances

Les obligations découlant des congés de vacances des employés sont estimées à partir des heures cumulées au 31 mars 2015 et des taux horaires prévus en 2015-2016. Elles ne sont pas actualisées car elles sont payables au cours de l'exercice suivant.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

Provision pour congés de maladie

Le personnel à temps régulier bénéficie annuellement de 9,6 jours de congés de maladie. Les journées non utilisées sont payables 1 fois par année, soit en décembre. La provision inclut donc les journées non utilisées depuis le paiement jusqu'au 31 mars.

Les obligations découlant des congés de maladie années courantes sont évaluées sur la base du mode d'acquisition de ces avantages sociaux, c'est-à-dire en fonction de l'accumulation telle que décrite précédemment et de l'utilisation des journées de maladie par les employés, selon les taux horaires prévus en 2015-2016. Elles ne sont pas actualisées car elles sont payables au cours de l'exercice suivant.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

Régime de retraite

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès.

La comptabilité de régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, étant donné que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Immobilisations

Les immobilisations sont des actifs non financiers comptabilisées au coût, lequel comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement.

Elles sont amorties selon la méthode linéaire, selon leur durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis.

Les différentes catégories d'immobilisations et leur durée de vie utile sont :

Catégorie	Durée
Aménagements des terrains	10 à 20 ans
Bâtiments	20 à 50 ans
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max. 10 ans)
Matériel et équipements	3 à 15 ans
Équipements spécialisés	10 à 25 ans
Matériel roulant	5 ans
Développement informatique	5 ans
Réseau de télécommunications	10 ans
Location-acquisition	Sur la durée du bail ou de l'entente

Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne sont pas amorties avant leur mise en service.

Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance sont des actifs non financiers représentant des déboursés effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices financiers.

Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

Comptabilité par fonds

Pour les fins de présentation du rapport financier annuel, l'Agence utilise les fonds d'exploitation, d'immobilisations, d'activités régionalisées, affectées, de stationnement et de santé au travail. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs. La comptabilité est tenue de façon à identifier les comptes rattachés à chaque fonds, en respectant les principes et particularités suivants :

Le Fonds d'exploitation : fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires).

Le Fonds d'immobilisations : fonds regroupant les opérations relatives aux immobilisations, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations. Les immobilisations acquises pour les activités régionalisées, pour les activités des fonds affectés de l'Agence et pour des établissements privés admissibles sont inscrites directement au fonds d'immobilisations de l'Agence. De plus, les dépenses non capitalisables financées par les enveloppes décentralisées sont présentées aux résultats du fonds d'immobilisations.

Le Fonds des activités régionalisées : fonds regroupant les opérations de l'Agence relatives à sa fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiées par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs. Le financement de ces opérations est assuré principalement à partir de crédits normalement destinés aux établissements et gérés sur une base régionale et par les établissements concernés.

Les Fonds affectés : fonds constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées.

Le Fonds de stationnement : fonds constitué sous certaines conditions, des revenus nets de stationnement.

Le Fonds de santé au travail : fonds regroupant les activités reliées à la mise en application des programmes de santé au travail élaborés par la Commission de la santé et de la sécurité au travail. Ces programmes visent à maintenir et à promouvoir la

santé en milieu de travail. Le financement du fonds est constitué des subventions de la Commission de la santé et de la sécurité au travail et les activités sont réalisées par l'équipe régionale et les équipes locales.

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des dépenses, les transferts de et à un autre fonds sont comptabilisés directement au solde de fonds des fonds concernés.

Dans le cas du Fonds d'exploitation, du Fonds des activités régionalisées et du Fonds d'immobilisations, ils sont toutefois tenus en compte aux fins de présentation à l'état des résultats de manière à démontrer les résultats avant et après les transferts. Par la suite, ils sont présentés au solde du fonds des fonds concernés.

Prêts interfonds

Les prêts interfonds entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Classification des activités

La classification des activités tient compte des services que l'Agence peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

Activités principales

Les activités principales comprennent les opérations qui découlent des fonctions que l'Agence est appelée à exercer et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission.

Activités accessoires

Les activités accessoires comprennent les fonctions que l'Agence exerce dans la limite de ses pouvoirs en sus de ses activités principales.

Les activités accessoires sont subdivisées en deux sous-groupe :

Les activités accessoires complémentaires découlent des fonctions additionnelles que l'Agence exerce en sus des fonctions qui lui sont confiées. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux.

Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les opérations de nature commerciale. Elles ne sont pas reliées directement à l'exercice des fonctions de l'Agence.

Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par l'Agence dans le cadre de ses activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités. Chacun de ceux-ci regroupe des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centre d'activités.

Avoir propre

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du Fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

L'avoir propre d'une agence ne peut être utilisé qu'aux fins de la réalisation de la mission selon l'article 269.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

L'utilisation de l'avoir propre ne doit pas avoir pour effet de rendre son solde déficitaire.

NOTE 3 - MAINTIEN DE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

En vertu de l'article 387 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), une agence doit maintenir l'équilibre entre ses prévisions budgétaires de revenus et ses charges. Cette exigence légale s'applique à l'ensemble des fonds.

Selon les résultats fournis à la page 150 du rapport financier annuel AS-475 pour l'exercice terminé le 31 mars 2015, l'Agence n'a pas respecté cette obligation légale.

NOTE 4- DONNÉES BUDGÉTAIRES

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette) sont préparées selon les mêmes méthodes comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations.

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 16 juillet 2014 relativement aux fonds d'exploitation, d'immobilisations, d'activités régionalisées, affectés et de stationnement.

NOTE 5 - EMPRUNT TEMPORAIRE

Au 31 mars 2015, l'Agence dispose d'une autorisation d'avance par billet grille de 288 299 621 $ à taux variable garantie par le Ministère dont 58 687 602 $ sont utilisés au 31 mars 2015. La convention de crédit est renégociable au besoin.

NOTE 6 - DETTE À LONG TERME

La dette à long terme du fonds d'immobilisations est destinée à financer les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements et est payable à Financement-Québec ou Fonds de financement.

	2015	2014
Financement Québec :		
Emprunt portant intérêt au taux de 9,60 % au 31 mars 2015, remboursable en versements annuels prédéterminés, échéant le 31 mars 2023	4 447 140 $	6 719 292 $
Emprunt portant intérêt au taux de 2,489 %, remboursable en versements annuels de 57 752 $, échéant le 1er décembre 2019	288 759 $	346 511 $
Emprunt portant intérêt au taux de 2,1045 %, remboursable en versements annuels de 61 842 $, échéant le 1er juin 2018	1 422 368 $	1 484 210 $
Emprunt portant intérêt au taux de 2,664 %, remboursable en versements annuels de 742 007 $, échéant le 1er décembre 2018	9 104 202 $	9 846 210 $
Emprunt portant intérêt au taux de 2,054 %, remboursable en versements annuels de 213 802 $, échéant le 25 avril 2017	4 917 446 $	5 131 248 $
Emprunt portant intérêt au taux de 3,835 %, remboursable en versements annuels de 315 421 $, échéant le 1er décembre 2016	3 154 206 $	3 469 627 $
Emprunt portant intérêt au taux de 3,835 %, remboursable en versements annuels de 37 234 $, échéant le 1er décembre 2016	781 915 $	819 149 $
Emprunt portant intérêt au taux de 3,544 %, remboursable en versements annuels de 1 818 820 $, échéant le 1er décembre 2016	7 916 401 $	9 735 220 $
Emprunt portant intérêt au taux de 3,877 %, remboursable en versements annuels de 25 800 $, échéant le 1er décembre 2014	-	490 200 $
Emprunt portant intérêt au taux de 3,877 %, remboursable en versements annuels de 799 375 $, échéant le 1er décembre 2014	-	4 862 558 $
Emprunt portant intérêt au taux de 3,32 %, remboursable en versements annuels de 176 456 $, échéant le 1er juin 2014	-	2 539 311 $
Emprunt portant intérêt au taux de 3,32 %, remboursable en versements annuels de 1 192 550 $, échéant le 1er juin 2014	-	5 416 208 $
Emprunt portant intérêt au taux de 3,222 %, remboursable en versements annuels de 277 744 $, échéant le 1er décembre 2014	-	277 744 $

	2015	2014
Emprunt portant intérêt au taux de 3,847 %, remboursable en versements annuels de 325 078 $, échéant le 1er juin 2016	650 157 $	975 235 $
	32 682 594 $	**52 112 723 $**
Fonds de financement :		
Emprunt portant intérêt au taux de 2,904 %, remboursable en versements annuels de 25 800 $, échéant le 1er septembre 2024	464 400 $	-
Emprunt portant intérêt au taux de 3,058 %, remboursable en versements annuels de 60 949 $, échéant le 1er septembre 2024	1 523 716 $	-
Emprunt portant intérêt au taux de 3,271 %, remboursable en versements annuels de 176 456 $, échéant le 1er septembre 2024.	2 362 855 $	-
Emprunts portant intérêt au taux de 2,498 %, remboursable en versements annuels de 50 354 $, échéant le 1er mars 2022	352 478 $	-
Emprunt portant intérêt au taux de 1,141 %, remboursable en versements annuels de 799 375 $, échéant le 1er décembre 2019.	4 063 183 $	-
Emprunt portant intérêt au taux de 2,1184 %, remboursable en versements annuels de 122 699 $, échéant le 19 décembre 2018	2 944 782 $	3 067 481 $
Emprunt portant intérêt au taux de 2,1184 %, remboursable en versements annuels de 2 388 017 $, échéant le 19 décembre 2018	11 112 582 $	13 500 600 $
Emprunt portant intérêt au taux de 1,569 %, remboursable en versements annuels de 1 337 778 $, échéant le 1er septembre 2017	4 223 658 $	-
	27 047 654 $	**16 568 081 $**
	59 730 248 $	68 680 804 $
Tranche échéant à moins d'un an	9 021 294 $	21 940 845 $
	50 708 954 $	46 739 959 $

En présumant que les refinancements seront réalisés à l'échéance aux mêmes conditions que celles qui prévalaient au 31 mars 2015, l'échéancier des versements en capital à effectuer au cours des prochains exercices sur la dette à long terme se détaille comme suit :

2015-2016	9 021 294 $
2016-2017	16 530 868 $
2017-2018	11 011 105 $
2018-2019	16 279 824 $
2019-2020	1 705 891 $
2020-2021 et suivantes	5 181 266 $
	59 730 248 $

NOTE 7 - AMORTISSEMENT DES FRAIS REPORTÉS LIÉS AUX DETTES

Selon la pratique actuelle les frais reportés liés aux dettes sont amortis selon la méthode du taux linéaire, alors que la méthode du taux effectif aurait dû être utilisée selon les normes comptables canadiennes pour le secteur public.

L'amortissement des frais d'émission des dettes selon la méthode du taux effectif est sans impact important sur les résultats d'opérations et la situation financière.

NOTE 8 - PASSIFS AU TITRE DES AVANTAGES SOCIAUX

Les principales hypothèses utilisées sont :

	Exercice courant	Exercice précédent
Pour les provisions relatives aux congés de maladie-années courantes et de vacances :		
Taux moyen de croissance de la rémunération	0 %	2 %
Inflation	1 %	
Accumulation des congés de vacances et maladie pour les salariés	9,43 %	9,43 %
Accumulation des congés de vacances pour les cadres et hors-cadres	8,65 %	8,65 %

Le tableau suivant explique la variation annuelle des provisions composant les passifs au titre des avantages sociaux

	Exercice courant				Exercice précédent
	Soldé au début	Charges de l'exercice	Montants versés	Solde à la fin	Solde à la fin
Provision pour vacances	2 588 600 $	25 057 $	160 732 $	2 452 925 $	2 588 600 $
Assurance-salaire	300 245 $	-	43 994 $	256 251 $	300 245 $
Provision pour maladie	250 310 $	-	88 227 $	162 083 $	250 310 $
Droits parentaux	3 375 $	3 298 $	-	6 673 $	3 375 $
Allocation rétention hors-cadre	-	-	-	-	-
TOTAL	3 142 530 $	28 355 $	292 953 $	2 877 932 $	3 142 530 $

NOTE 9 - IMMOBILISATIONS CORPORELLES

	Exercice courant			Exercice précédent
	Coût	Amortissement cumulé	Valeur comptable nette	Valeur comptable nette
Terrain	-	-	-	-
Aménagement des terrains	6 623 $	2 989 $	3 634 $	4 349 $
Bâtiments	-	-	-	-
Améliorations locatives	2 375 765 $	557 266 $	1 818 499 $	1 508 330 $
Améliorations majeures aux bâtiments	-	-	-	-
Matériels et équipements	8 462 024 $	7 185 585 $	1 276 439 $	954 487 $
Équipements spécialisés	2 590 218 $	1 295 535 $	1 294 683 $	1 477 908 $
Matériel roulant	98 327 $	18 153 $	80 174 $	-
Développement informatique	69 389 $	67 907 $	1 482 $	12 463 $
Réseau de télécommunication	-	-	-	-
Projets en cours	-	-	-	-
TOTAL	13 602 346 $	9 127 435 $	4 474 911 $	3 957 537 $

L'information détaillée sur le coût de l'amortissement cumulé, les constructions et développements en cours, immobilisations reçues par donation ou pour une valeur symbolique, les frais financiers capitalisés durant l'exercice, les immobilisations acquises par le biais d'entente de partenariat public-privé sont présentés respectivement aux pages 361 à 363 du AS-475.

Les travaux en cours ne sont pas amortis car ils ne sont pas en service.

NOTE 10 - OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

L'Agence est apparentée avec tous les autres établissements et agences du réseau de la santé et des services sociaux, tous les ministères et organismes budgétaires, les organismes non budgétaires et fonds spéciaux, les entreprises publiques, toutes les entités du réseau de l'éducation contrôlées directement ou indirectement par le Gouvernement du Québec, ou soumis à un contrôle conjoint ou commun. Les parties apparentées sont énumérées au début de la section 800 du AS-475.

L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations sont comptabilisées à la valeur d'échange. Elles sont présentées à la section 800 du AS-475.

NOTE 11 - AFFECTATIONS

La nature des affectations d'origine interne et externe ainsi que leur variation sont présentées à la page 269 du AS-475.

NOTE 12 - GESTION DES RISQUES FINANCIERS

Dans le cadre de ses activités, l'Agence est exposée à divers risques financiers, tels que le risque de crédit, le risque de liquidité et le risque de marché. La direction a mis en place des politiques et des procédés en matière de contrôle et de gestion des risques qui l'assurent de gérer les risques inhérents aux instruments financiers et d'en minimiser les impacts potentiels sur les résultats.

a. Risque de crédit

Le risque de crédit est le risque qu'une partie à un instrument financier manque à l'une de ses obligations et amène, de ce fait, l'autre partie à subir une perte financière.

Les instruments financiers qui exposent l'Agence au risque de crédit sont l'encaisse (découvert bancaire), les débiteurs - Agences et MSSS, les autres débiteurs, ainsi que la subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable. L'exposition maximale à ce risque correspond à la valeur comptable de ces postes présentée à titre d'actifs financiers à l'état de la situation financière :

	Exercice courant	Exercice précédent
Encaisse (découvert bancaire)	22 030 943 $	19 856 842 $
Débiteurs MSSS	1 774 597 $	3 082 487 $
Autres débiteurs	61 122 761 $	54 932 264 $
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable	60 380 576 $	69 861 069 $
	145 308 877 $	147 732 662 $

Le risque de crédit associé à l'encaisse est réduit au minimum. En effet, l'Agence s'assure que les excédents de trésorerie sont investis dans des placements liquides de façon sécuritaire et diversifiée auprès d'institutions financières jouissant d'une cote de solvabilité élevée attribuée par des agences de notation nationales, afin d'en retirer un revenu d'intérêt raisonnable selon les taux d'intérêt en vigueur.

Au 31 mars 2015, l'Agence ne détenait aucun placement liquide. La direction juge ainsi que le risque de perte est négligeable.

Le risque de crédit associé aux débiteurs – Agences et MSSS ainsi qu'à la subvention à recevoir (perçue d'avance)-réforme comptable est faible puisque ces postes sont constitués de contributions à recevoir confirmées par le Gouvernement du Québec qui jouit d'une excellente réputation sur les marchés financiers. Ces sommes sont principalement reçues dans les 90 jours suivant la fin d'exercice.

Le risque de crédit relié aux autres débiteurs est faible car il comprend principalement des sommes à recevoir de d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux, qui jouissent d'une bonne qualité de crédit.

Afin de réduire ce risque, l'Agence s'assure d'avoir l'information complète sur les différents autres débiteurs afin de les facturer en temps opportun. Elle fait parvenir des états de compte aux retardataires et achemine les comptes en souffrance à une agence de collection. Elle analyse régulièrement le solde des comptes à recevoir et constitue une provision pour créances douteuses adéquate, lorsque nécessaire, en basant leur valeur de réalisation estimative, compte tenu des pertes de crédit potentielles, sur l'expérience, l'historique de paiement, la situation financière du débiteur et l'âge de la créance. Au 31 mars, les sommes à recevoir d'entités gouvernementales représentaient 79 % en 2013-2014 et 90 % en 2014-2015 du montant total recouvrable.

La chronologique des autres débiteurs, déduction faite de la provision pour créances douteuses au 31 mars se détaille comme suit :

	Exercice courant	Exercice précédent
Autres débiteurs non en souffrance	3 676 840 $	1 326 812 $
Atures débiteurs en souffrance :		
Moins de 30 jours	409 179 $	1 656 792 $
De 30 à 59 jours	177 136 $	54 032 $
De 60 à 89 jours	30 795 $	32 657 $
De 90 jours et plus	111 113 $	250 883 $
Sous-total	**728 223 $**	**1 994 364 $**
Provision pour créances douteurs	- $	- $
Sous-total	728 223 $	1 994 364 $
Total des autres débiteurs	4 405 063 $	3 321 176 $

b. Risque de liquidité

Le risque de liquidité est le risque que l'Agence ne soit pas en mesure de remplir ses obligations financières à leur échéance. Le risque de liquidité englobe également le risque qu'elle ne soit pas en mesure de liquider ses actifs financiers au moment opportun et à un prix raisonnable.

L'Agence gère ce risque en établissant des prévisions budgétaires et de trésorerie, notamment en surveillant le solde de son encaisse et les flux de trésorerie découlant de son fonctionnement, en tenant compte de ses besoins opérationnels et en recourant à des facilités de crédit pour être en mesure de respecter ses engagements.

L'Agence est donc exposée au risque de liquidité relativement aux passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière, principalement les emprunts temporaires, les créditeurs agences et MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer et les dettes à long terme.

Les emprunts temporaires sont des marges de crédit dont le taux d'intérêt applicable ne doit pas dépasser le coût des acceptations bancaires d'un mois d'échéance + 0.30 %. Le risque de liquidité associé aux dettes à long terme est minime considérant que ces dernières sont assumées par le MSSS et l'Agence. Les autres créditeurs et autres charges à payer ont des échéances principalement dans les 30 jours suivant la fin d'exercice.

Les flux de trésorerie contractuels relativement aux autres créditeurs sont les suivants :

	Exercice courant	Exercice précédent
De moins de 6 mois	11 285 794 $	10 051 211 $
De 6 mois à 1 an		
De 1 à 3 ans		
De 3 à 5 ans		
De plus de 5 ans		
Total des autres créditeurs	11 285 794 $	10 051 211 $

c. Risque de marché

Le risque de marché est le risque que le cours du marché ou que les flux de trésorerie futurs d'un instrument financier fluctuent en raison du prix du marché. Il se compose de trois type de risque : le risque de change, le risque de taux d'intérêt et l'autre risque de prix.

L'Agence n'est exposé qu'au risque de taux d'intérêt.

Risque de taux d'intérêt

Le risque de taux d'intérêt est le risque que la juste valeur des instruments financiers ou que les flux de trésorerie futurs associés à ces instruments financiers fluctuent en raison des variations des taux d'intérêt du marché.

L'Agence est exposée au risque de taux d'intérêt par ses emprunts temporaires, ses dettes à long terme. Selon l'état de la situation financière, le solde de ces postes représente :

	Exercice courant	Exercice précédent
Emprunts temporaires	58 687 602 $	53 245 584 $
Dettes à long terme	59 730 248 $	68 680 804 $

Les emprunts temporaires totalisent 58 687 602 $. Ils portent intérêt au taux des acceptations bancaires + 0,30 %. Puisque les intérêts sur ces emprunts sont pris en charge par le MSSS, ils ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

La dette à long terme totalise 59 730 248 $ et représente des emprunts portant intérêt à des taux fixes. Les intérêts sont assumés par le MSSS. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

L'Agence limite son risque de taux d'intérêt par une gestion des excédents d'encaisse en fonction des besoins de trésorerie et de façon à optimiser les revenus d'intérêts. Elle prévoit le remboursement des dettes à long terme selon l'échéancier prévu.

NOTE 13 - ÉVENTUALITÉS

L'Agence fait l'objet d'une poursuite de 829 400 $ relativement à un litige portant sur le taux de rétribution des ressources intermédiaires. Par ailleurs, la rétribution des ressources intermédiaires étant du ressort des établissements de santé et de services sociaux, il est très peu probable que l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie ait à verser quelque indemnité aux ressources intermédiaires. À cet effet, aucune provision n'a été comptabilisée.

Un avis d'arbitrage de la part de la Corporation des services d'ambulance du Québec a été transmis auprès de l'Agence. Presque toutes les agences de la province ont reçu un tel avis d'arbitrage de la Corporation des services d'ambulance du Québec. Il a été convenu que la cause impliquant l'Agence et la Coopérative des techniciens ambulanciers de la Montérégie servirait de « cause type ». La sentence arbitrale a été rendue le 15 avril 2015 en faveur de la Coopérative des techniciens ambulanciers de la Montérégie. Le 19 mai 2015, l'Agence a versé 222 990 $. Tel que mentionné dans les états financiers antérieurs, les sommes déboursées seront comptabilisées dans l'exercice où aura lieu le règlement soit celui se terminant au 31 mars 2016.

Des griefs de la part d'employés ont été transmis auprès de l'Agence. Ces griefs pourraient faire l'objet de réclamations auprès de l'Agence. Il n'est pas possible de déterminer actuellement l'issue de ces griefs. Advenant que l'Agence ait des sommes à débourser à l'égard de ces griefs, elles seraient comptabilisées dans l'exercice où aura lieu le règlement.

NOTE 14 - ANALYSE FINANCIÈRE DU MSSS

Le Ministère a complété l'analyse financière du rapport annuel de l'exercice 2013-2014.

NOTE 15 - ENGAGEMENTS

L'Agence s'est engagée en vertu de baux à long terme pour des locaux administratifs, dont certains ont des options de renouvellement et pour d'autres, des contrats de service pour divers entretiens échéant à diverses dates jusqu'en 2024. De plus, l'Agence s'est engagée relativement à quatre ententes de partenariat public et privé pour le CHSLD St-Lambert-sur-le-Golf, le CHSLD Ste-Catherine, le CHSLD St-Jean et le CHSLD Granby à verser un per diem pour des services cliniques et autres éléments. Ces contrats viennent à échéance en 2034 et en 2039 et comportent des options de renouvellement. Également, l'Agence s'est engagée relativement à des ententes avec les groupes de médecines de familles et avec des entreprises ambulancières qui viennent à échéance en 2016 et 2018.

Les paiements minimums exigibles au cours des prochains exercices s'établissent comme suit :

2015-2016	108 018 088 $
2016-2017	41 137 833 $
2017-2018	37 116 523 $
2018-2019	36 120 314 $
2019-2020	36 779 761 $
2020-2021 et suivantes	649 376 233 $
	908 548 752 $

De plus, l'Agence s'est engagée en vertu de contrats échéant en mars 2039, et plus, pour des montants (incluant capital et intérêts) de 42 946 304 $ avec le Groupe Champlain - CHSLD des Pommetiers pour leur relocalisation suite à la fusion et de 17 780 045 $ (incluant capital et intérêts) avec le Centre d'accueil Marcelle-Ferron pour leur agrandissement.

Les paiements minimums exigibles au cours des prochains exercices s'établissent comme suit :

	Capital	Intérêts	Total
2015-2016	1 007 471 $	1 742 518 $	2 749 989 $
2016-2017	1 055 969 $	1 694 020 $	2 749 989 $
2017-2018	1 109 756 $	1 640 232 $	2 749 988 $
2018-2019	1 161 612 $	1 588 377 $	2 749 989 $
2019-2020	1 216 205 $	1 533 784 $	2 749 989 $
2020-2021 et suivantes	31 233 639 $	15 742 766 $	46 976 405 $
	36 784 652 $	23 941 697 $	60 726 349 $

NOTE 16 - CHIFFRES COMPARATIFS

Certains chiffres de l'exercice précédent ont été reclassés afin que leur présentation soit conforme à celle de l'exercice courant.

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Montérégie
Québec

1255, rue Beauregard
Longueuil (Québec) J4K 2M3
Téléphone : 450 928-6777
Télécopieur : 450 679-6443
www.santemonteregie.qc.ca